OUVRAGES DU TRADUCTEUR,

Qui se trouvent chez GERMER-BAILLIÈRE, *libraire.*

Recherches sur la nature et les causes prochaines des fièvres, 2 vol. in-8°. 1823.

Histoire anatomique des inflammations. (Ouvrage honoré d'un prix de 1500 fr. par l'Académie des Sciences, en 1827.) 2 vol. in-8°.

Monographie du choléra-morbus épidémique de Paris, rédigée spécialement sur les observations cliniques de l'auteur à l'Hôtel-Dieu de Paris. (Ouvrage honoré d'un prix de 1000 fr. par l'Académie des Sciences.) 1 vol. in-8°. 1832.

Sous presse pour paraître en 1835,

TRAITÉ DE MÉDECINE PRATIQUE,

4 vol. in-8°.

On éprouve depuis plusieurs années déjà le besoin d'un ouvrage dogmatique qui réunisse et systématise toutes les parties de la médecine qui s'appliquent spécialement à la connaissance et au traitement des maladies. L'anatomie pathologique créée par un grand nombre d'habiles observateurs, fournit aujourd'hui des données nouvelles pour la connaissance des maladies, que l'on chercherait en vain dans les traités de médecine qui ont été publiés jusqu'à ce jour. La découverte des moyens d'exploration que l'on doit au génie de Laennec a étendu et modifié sur beaucoup de points la science pratique du diagnostic, si imparfaite encore dans les traités de médecine, même les plus récents. La thérapeutique pratique a fait aussi des progrès, ne fût-ce que par l'application clinique des nouvelles méthodes d'investigation des signes des maladies. Il est temps de diriger les études médicales dans cette voie qui doit être en définitive celle où elles aboutissent. C'est principalement dans ces vues que l'ouvrage que nous annonçons a été conçu : les travaux connus de l'auteur, sa position à la tête d'un service d'hôpital, doivent faire penser qu'il a compris les besoins de notre époque médicale, et qu'il y satisfera par la publication d'un ouvrage éminemment pratique. Les étudiants devront trouver dans ce traité le guide le plus sûr pour les diriger au lit du malade, et les médecins devront y reconnaître le tableau systématique fidèle de la médecine pratique de nos jours.

DES MALADIES
DE L'ENCÉPHALE
ET
DE LA MOELLE ÉPINIÈRE,

PAR JEAN ABERCROMBIE, D. M.,

Membre du Collége royal des médecins d'Édimbourg, et premier médecin du Roi d'Angleterre pour l'Écosse.

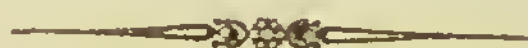
OUVRAGE TRADUIT DE L'ANGLAIS ET AUGMENTÉ DE NOTES TRÈS-NOMBREUSES,

PAR A. N. GENDRIN, D. M.,

MÉDECIN DE L'HÔPITAL COCHIN,

DEUXIÈME ÉDITION,

REVUE ET AUGMENTÉE D'ADDITIONS ADRESSÉES PAR L'AUTEUR ET DE NOUVELLES NOTES PAR LE TRADUCTEUR.



A PARIS,

GERMER-BAILLIÈRE, LIBRAIRE-ÉDITEUR,

RUE DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE, N° 13 BIS.

A LONDRES,

J.-B. BAILLIÈRE, 219 REGENT STREET.

1835.

ÉPERNAY, IMPRIMERIE DE WARIN-THIERRY ET FILS.

EGREGIO AMICO;

ANTIQUI OFFICII VIRO;

GENUINA EXPERIENTIA MEDICO,

Doctori A. FRANÇOIS,

Hanc versionem propriis notis et observationibus auctam,

DEVOTISSIMÆ AMICITIÆ MNEMOSYNON VOVEO.

A. N. GENDRIN.

PRÉFACE

DU TRADUCTEUR.

Il y a deux ans que j'ai publié pour la première fois cette traduction, faite sur la deuxième édition de l'ouvrage du docteur Abercrombie, intitulé : *Pathological and practical researches on diseases of the brain and the spinal cord.* Cet ouvrage a été reçu en France comme l'une des meilleures monographies imprimées de notre temps ; la première édition a été rapidement épuisée. Je n'ai de part dans ce succès, que par la fidélité avec laquelle j'ai reproduit dans notre langue toutes les idées de l'auteur anglais.

M. Abercrombie a bien voulu m'adresser en manuscrit les additions qu'il se propose de faire à son ouvrage, lorsqu'il sera réimprimé en Angleterre ; je les ai introduites dans cette nouvelle édition.

J'avais joint à cet ouvrage un assez grand nombre de notes, je les ai encore augmentées dans cette édition. Je me suis attaché à y insérer des observations intéressantes sur les maladies de l'encéphale,

recueillies dans ma pratique. Ces observations pourront être utiles à consulter au lit du malade.

Quand j'ai publié cette traduction, je l'ai surtout jugée utile, parce que nous n'avions en France aucun ouvrage complet sur les maladies cérébrales. Ce besoin de la science est toujours le même, il est seulement encore plus vivement senti aujourd'hui, à cause des écrits publiés sur cette matière, depuis la première édition de cette traduction. Dans la préface qui la précédait, j'avais tâché d'apprécier en peu de mots le principal mérite de l'ouvrage de M. Abercrombie; je reproduis textuellement ce que j'en ai dit : mes opinions, loin de s'affaiblir à cet égard, se sont fortifiées.

« L'ouvrage de M. Abercrombie sur les maladies cérébrales, est remarquable par la réserve avec laquelle ce praticien s'est élevé des conséquences immédiates des faits aux principes généraux. La pathologie du cerveau est tellement incomplète, que sur bien des points elle n'a encore été l'objet d'aucune recherche satisfaisante; ces points sont même plus nombreux que ceux qui ont fixé l'attention, et qui sont devenus la matière des travaux des observateurs, bien que tous ces derniers ne soient qu'imparfaitement éclairés, et que plusieurs même ne soient qu'à peine ébauchés. A la lecture du plus grand nombre des ouvrages publiés récemment sur les maladies cérébrales, surtout en France, on serait porté à adopter une opinion directement opposée. Ces

ouvrages ne signalent qu'à peine quelques lacunes, presque tous présentent des idées générales qui embrassent l'histoire complète des affections encéphaliques; mais ces idées, vérifiées au lit du malade, quelque ingénieuses, quelque bien coordonnées qu'elles paraissent, ne sont plus d'accord avec les faits, parce qu'elles ne reposent pas sur un nombre suffisant d'observations bien recueillies. Cette direction imprimée à l'étude de la pathologie encéphalique nuit beaucoup aux progrès de cette partie importante de la science ; elle égare la plupart des jeunes médecins formés à la lecture des auteurs, quand ils viennent faire l'application clinique des doctrines qu'ils ont puisées dans les livres. L'ouvrage de M. Abercrombie, conçu dans un esprit sévère, est surtout propre à déterminer rigoureusement les limites des faits et de leurs conséquences; la persuasion où je suis qu'il est important de ramener les esprits à cette étude rigoureuse m'a fait sentir l'utilité de répandre ce livre en France, et m'a déterminé à le faire passer dans notre langue. J'ai jugé nécessaire d'y joindre des notes destinées à compléter les observations de l'auteur sur des points que mes travaux cliniques m'ont mis dans le cas d'étudier plus directement. »

Je n'ai rien changé à l'ouvrage original; j'ai conservé l'ordre adopté par l'auteur dans l'exposition des objets dont il traite; je ne l'ai modifié qu'en plaçant immédiatement à la fin de la troisième partie un Appendice que l'auteur a rejeté à la fin du volume.

Il m'a semblé qu'en rapprochant ainsi les faits de leurs conséquences, je donnerais plus de poids aux résultats de l'observation.

Je n'ai pas cru nécessaire de traduire en tête de cet ouvrage la préface de quatre pages qui se trouve dans l'original; cette préface n'est qu'un exposé succinct de l'ordre des livres et des chapitres, et n'a aucune importance scientifique.

A. N. G.

Paris, ce 1er novembre 1834.

Au moment où je corrige l'épreuve de cette préface, je reçois un exemplaire de la troisième édition de l'ouvrage original que M. Abercrombie vient de publier à Édimbourg. Cette édition diffère de la deuxième, en ce que l'auteur a ajouté les observations qu'il avait eu l'obligeance de m'envoyer en manuscrit, et a fait passer dans le texte anglais plusieurs des observations que j'avais insérées dans les notes de la première édition, et que j'ai conservées dans celle-ci.

DES MALADIES
DE L'ENCÉPHALE
ET
DE LA MOELLE ÉPINIÈRE.

PREMIÈRE PARTIE.

DES AFFECTIONS INFLAMMATOIRES DE L'ENCÉPHALE.

Le diagnostic des inflammations des organes encéphaliques a des difficultés qui lui appartiennent particulièrement. Dans les inflammations des autres organes, on peut en général déterminer les symptômes propres à la maladie pendant toute sa durée, et même on peut faire la part des combinaisons accidentelles qui peuvent les modifier, mais toutes les maladies aiguës de l'encéphale troublent si rapidement les fonctions sensoriales, que les malades deviennent en général, même à une période peu avancée du mal, incapables d'exprimer leurs souffrances, et que les symptômes de la maladie se perdent dans cette suspension de toutes les facultés, que nous désignons sous le nom d'*oppression cérébrale.*

Lorsque cet état existe, il devient naturellement l'objet spécial de l'attention du praticien, et comme il est depuis long-temps, dans l'esprit des médecins, étroitement lié à l'idée d'une compression du cerveau, on dirige en général les recherches vers la cause de cette compression. Les ou-

vertures de cadavres ayant fait reconnaître l'épanchement d'un fluide dans un grand nombre de cas de cette espèce, on a considéré les symptômes comme expliqués, et l'on s'en est probablement tenu là. Telle a été, en grande partie, la cause de l'obscurité qui a si long-temps enveloppé la pathologie des affections cérébrales, et particulièrement l'histoire de l'hydrocéphale aiguë. En étudiant d'une manière plus approfondie les phénomènes des maladies de l'encéphale, nous avons appris combien ils sont trompeurs, et nous avons été conduit à établir des principes de la plus grande importance en pratique. Nous avons reconnu que cet état cérébral qu'on désigne sous le nom de coma, avec tous les phénomènes qui s'y rapportent, n'est patognomonique d'aucune maladie particulière de l'encéphale, puisqu'il peut exister avec des affections très-différentes, et même avec des états morbides opposés de leur nature. Nous avons constaté que cet état ne prouve l'existence d'aucune compression cérébrale, et surtout qu'il n'a point de connexion nécessaire avec un épanchement encéphalique; il y a plus : c'est que des épanchements considérables peuvent exister dans le cerveau sans déterminer aucun des symptômes qu'on leur attribue ordinairement, et que ces symptômes peuvent se montrer tous dans une inflammation encéphalique simple. D'après ces observations, on trouve dans les phénomènes que détermine l'inflammation du cerveau et de ses membranes le sujet de considérations étendues qui conduisent à des résultats de la plus grande utilité dans la pratique. C'est particulièrement pour ce qui concerne la maladie désignée ordinairement sous le nom d'*hydrocéphale aiguë*, que l'importance de ces distinctions se montre plus spécialement. Il me semble, en effet, qu'on peut aujourd'hui considérer comme démontré que cette maladie si formidable n'est pas, à proprement parler, une hydropisie encéphalique, mais

une maladie inflammatoire qui se termine par épanchement; que plusieurs des principaux symptômes de cette affection ne se rapportent point à l'épanchement, mais à l'état inflammatoire qui le précède, et que cette maladie peut devenir fatale sans qu'il se forme d'épanchement, après avoir cependant présenté tous les symptômes qu'on a l'habitude de considérer comme caractéristiques de l'hydrocéphale.

Les phlegmasies encéphaliques présentent des caractères très-variables suivant différents cas. Ces modifications peuvent se rapporter à ces trois circonstances : 1° le siége de l'inflammation; 2° son degré d'intensité, et 3° son mode de terminaison.

1° L'inflammation peut avoir son siége dans la dure-mère, dans la pie-mère, dans l'arachnoïde, dans la substance du cerveau, soit dans ses hémisphères, soit dans ses parties profondes et centrales.

2° L'intensité de la maladie varie depuis le plus haut degré de la phlegmasie aiguë jusqu'à l'état d'inflammation chronique ou scrophuleuse, avec l'intensité la plus modérée, et avec les nombreuses modifications qui indiquent le passage insensible des unes aux autres des différentes formes de la maladie.

3° Les phlegmasies encéphaliques peuvent se terminer par un épanchement séreux, par la formation d'une fausse membrane, par la suppuration ou par le ramollissement de la pulpe cérébrale.

Tous les phénomènes qui se lient à ces diverses variétés seront pour nous l'objet de recherches très-étendues et d'une grande difficulté. Mais avant de les aborder, il nous paraît convenable de donner un tableau général des symptômes qui indiquent l'inflammation des organes encéphaliques.

SECTION PREMIÈRE.

TABLEAU GÉNÉRAL DES SYMPTÔMES DES INFLAMMATIONS ENCÉPHALIQUES.

Nos connaissances sur les maladies de l'encéphale ne sont point assez parfaites pour qu'il soit possible de déterminer avec confiance quels sont les symptômes de l'inflammation de la substance du cerveau considérée comme distincte de celle de ses membranes; cette distinction n'est d'ailleurs que d'une assez faible importance en pratique : nous nous bornerons donc à donner le tableau général des phénomènes morbides qui indiquent l'existence d'une inflammation dans quelque partie des organes encéphaliques : ces symptômes se présentent sous différentes formes qui dépendent probablement, soit de l'intensité du mal, soit du siége particulier qu'il occupe. Voici les principales formes sous lesquelles ces maladies se sont présentées à nous.

I. La première forme sous laquelle l'inflammation encéphalique se montre, constitue peut-être la frénésie des nosologistes. Elle se caractérise par la fièvre, l'insomnie, la céphalalgie intense, la difficulté de supporter la lumière, l'injection des yeux et le délire maniaque. Cette affection n'est cependant que rarement idiopathique, excepté dans quelques cas, dans lesquels elle est produite par l'abus des liqueurs fortes, et par l'exposition à l'ardeur du soleil dans les climats chauds. On l'observe quelquefois comme affection symptomatique dans la fièvre ou la manie; et l'on voit aussi quelquefois un état presque semblable se manifester après les lésions traumatiques de la tête.

Nous rapporterons des circonstances qui rendent très-probable que, dans cette forme de maladie, l'inflammation

a primitivement son siége dans les méninges. Si la maladie devient funeste, c'est ordinairement en détruisant rapidement les forces vitales par l'excessive stimulation qu'elle détermine, sans produire beaucoup de désordres dans les parties qui paraissent avoir été le siége de l'inflammation; car, dans ces cas, qui se terminent par la mort, les progrès de la maladie sont généralement rapides, et les désordres trouvés à l'ouverture du cadavre n'expliquent souvent pas d'une manière satisfaisante, la terminaison funeste du mal.

On pourrait peut-être rapprocher de la forme morbide dont nous venons de parler, une affection assez fréquente qui se caractérise par une aberration particulière de l'intelligence, sans que les malades se plaignent d'aucune douleur. Cette affection se manifeste par une insomnie remarquable, une précipitation et une impatience dans les actions, une agitation sans repos. Les malades s'abandonnent à un babil continuel et rapide; ils passent d'un objet à un autre, sans beaucoup de connexion dans les idées, sans néanmoins, le plus ordinairement, donner aucun signe d'égarement; ils reconnaissent en général ceux qui les entourent, et répondent distinctement aux questions qu'on leur adresse. Le pouls est accéléré dans ces cas; mais il n'y a du reste aucun autre symptôme de fièvre. Un observateur superficiel prendrait cette maladie pour une manie, et en méconnaîtrait, par conséquent, tout le danger. Cette maladie est cependant des plus graves, et devient très-souvent rapidement funeste. Sa nature est obscure, et les ouvertures des corps ne l'expliquent pas d'une manière satisfaisante. Les désordres qu'elles font découvrir consistent surtout en une injection vasculaire très-prononcée de la pie-mère, sans trace d'aucun produit d'inflammation encéphalique [1].

[1] Cette forme de maladie cérébrale est une de celles que l'on a le plus souvent décrites comme des fièvres lentes nerveuses idiopathiques; on a même, souvent, dans ces cas, méconnu la nature de la maladie à la dissection

II. La deuxième forme de l'inflammation encéphalique s'annonce par une subite attaque de convulsions. Aucune indisposition ne paraît quelquefois avant cet accident ; ou, s'il a été parfois précédé de quelques phénomènes morbides, ils ont été si légers, qu'ils n'ont que faiblement fixé l'attention. Nous avons vu, dans un cas qui sera décrit, l'invasion des convulsions précédée de vomissements, et dans un autre, d'une légère céphalalgie pendant plusieurs jours. Les convulsions sont ordinairement longues et violentes, quelquefois elles sont immédiatement suivies du coma, qui ne précède que de quelques jours l'issue fatale de la maladie : d'autres fois les convulsions se renouvellent rapidement à de courts intervalles, pendant lesquels les malades conservent leur sensibilité et se plaignent de céphalalgie; tous ces accidents se terminent en vingt ou vingt-quatre heures par le coma. Dans quelques cas, après que l'état comateux a duré un certain temps, comme vingt heures, il cesse complètement, et laisse le malade pendant plusieurs jours dans un état qui semble très-favorable,

du cadavre, d'autant plus que les phénomènes qui se rattachent immédiatement à la phlegmasie encéphalique sont en général très-obscurs lorsque la mort est survenue très-rapidement, et qu'ils exigent, pour être aperçus, toute l'attention de l'observateur. Mais, à l'examen approfondi on rectifie assez facilement ce qu'il peut y avoir d'erroné au premier aperçu dans le jugement qu'on porte sur la nature du mal; on reconnaît que les accidents sont exclusivement l'effet du trouble des fonctions cérébrales. Ils se montrent en effet ordinairement alors avec les signes suivants, qui ne laissent aucun doute sur l'existence d'une *sub-inflammation* générale de l'encéphale : nausées ou vomissements, chaleur vive de la tête, douleur au toucher du cuir chevelu ou seulement des cheveux, alternatives de pâleur et de rougeur des pommettes, yeux injectés et brillants, pupilles convulsivement mues ou dilatées, parole peu nette et embarrassée, étourdissements dont se plaint le malade, état comme d'ivresse ou impossibilité de se tenir fixe dans la station droite, etc. Ajoutez à ces symptômes beaucoup d'autres qui résultent du siége plus spécial de l'irritation encéphalique dans telle ou telle partie des méninges ou de la pulpe.

A. N. G., *trad.*

lorsque tout d'un coup, sans aucun prodrôme, les convulsions se renouvellent et se terminent par un coma qui devient funeste. Cette forme de maladie est quelquefois modifiée d'une manière très-remarquable : les convulsions n'affectent qu'un côté du corps ou qu'un membre, et se terminent ordinairement par la paralysie de la partie où elles avaient leur siége ; quelquefois même la maladie commence par une attaque soudaine de paralysie, sans convulsions antécédentes. Sous cette forme, la maladie encéphalique a une ressemblance remarquable avec les attaques subites d'hémiplégie. Nous montrerons que, dans ces cas, l'inflammation est souvent limitée à une petite portion de la substance cérébrale; que l'attaque peut être si subite qu'elle ressemble tout-à-fait aux attaques de paralysie qui surviennent par d'autres causes, et qu'enfin la maladie encéphalique peut n'avoir pas dépassé l'état d'une inflammation simple, tandis que ses symptômes ont parcouru leur cours ordinaire, et se sont terminés en un coma fatal. Cependant on trouvera en général, dans ces cas, que la phlegmasie se sera terminée par suppuration, ou par le ramollissement de la pulpe cérébrale, sorte de désorganisation du cerveau dont il sera question plus tard : d'un autre côté, on trouvera aussi, dans des cas de cette espèce, que l'inflammation sera restée entièrement limitée dans les membranes encéphaliques.

III. La troisième forme des inflammations cérébrales se montre plus communément chez les enfants, quoiqu'elle paraisse aussi quelquefois chez les adultes. Les prodrômes de cette phlegmasie sont ordinairement, pendant un ou deux jours, un état de langueur et de mauvaise humeur; un accès de fièvre se manifeste ensuite, annoncé quelquefois par un violent frisson. Le malade est accablé ; il demande à n'être point dérangé ; il se plaint d'une douleur aiguë

dans une partie de la tête; il ne peut supporter la lumière; son visage est rouge. A cet état se joignent quelquefois de fréquents vomissements pendant un ou deux jours; d'autres fois cet accident manque complètement. La douleur a son siége dans des parties de la tête différentes; elle s'étend fréquemment au cou, et quelquefois il y a des douleurs dans les bras et dans les autres parties du corps. Les pupilles sont ordinairement contractées; les yeux ne peuvent supporter la lumière; quelquefois ils sont injectés; la langue est blanche, mais humide; quelquefois elle est tout-à-fait nette. Le sommeil est troublé par des réveils en sursaut et des songes effrayants, et fréquemment, pendant qu'ils dorment, les malades grincent des dents; le ventre est ordinairement resserré, mais souvent aussi il est comme dans l'état de santé, et j'ai vu la maladie accompagnée, pendant toute sa durée, d'une diarrhée spontanée. Au bout de quelques jours, un léger délire survient; il est d'abord passager; il n'est même observé que pendant la nuit, ou au moment du réveil : dans quelques cas le malade est dans un état d'assoupissement, pendant lequel il tient des propos incohérents; mais on peut le faire sortir de cet état et il parle alors sensément. D'autres fois, au lieu de délire, on observe chez ces malades une perte de mémoire telle qu'ils usent d'un mot au lieu d'un autre, confondant les noms des personnes avec les noms des choses, se trompant sur le jour ou sur le temps du jour; enfin, les malades montrent ainsi une confusion des facultés intellectuelles qui ne ressemble pas au délire fébrile : quelquefois le malade s'aperçoit de l'état de ses facultés, et semble très-préoccupé du soin de rectifier les erreurs qu'il a commises. Après ces symptômes survient une tendance au sommeil, qui se convertit bientôt en coma. Pendant que ces symptômes se succèdent, le pouls, qui était d'abord fréquent, revient à son rhythme naturel, ou même tombe

au-dessous; la douleur devient moins violente, les yeux perdent leur vive irritabilité, et deviennent stupides et excavés; souvent il survient du strabisme et une vision double, et ces phénomènes sont suivis, dans un grand nombre de cas, de la dilatation des pupilles et de la cécité, même avant que le malade tombe dans le coma. Le pouls, après être resté sans fréquence un jour ou deux, quelquefois seulement pendant quelques heures, devient de nouveau fréquent, et le devient à un tel point, que l'on a quelquefois compté jusqu'à deux cents pulsations par minute. Pendant toute la durée de la maladie, le pouls est extrêmement variable en fréquence; on dirait qu'il change à chaque minute ou à chaque fois que l'on compte ses pulsations. Cette inégalité remarquable du pouls ne s'observe pas dans d'autres maladies, excepté par quelque cause passagère : elle est, dans toutes les maladies encéphaliques, un symptôme qui mérite beaucoup d'attention. A l'état comateux se joignent quelquefois la paralysie d'un ou de plusieurs membres, et, dans certains cas, des accidents convulsifs; la mort survient après quelques jours de cet état.

La durée de cette maladie est extrêmement variable; elle se prolonge quelquefois jusqu'à trois semaines; et d'autres fois, particulièrement chez les jeunes enfans, elle est fatale en cinq ou six jours. A une période de la maladie, il y a généralement une rémission remarquable des accidents, qui pourrait faire concevoir l'espérance; mais l'espérance téméraire de la guérison. Cette rémission arrive ordinairement lorsque le pouls perd de sa fréquence, ou lorsqu'il commence à s'accélérer de nouveau; elle est généralement le prélude du coma. Le pouls ne se ralentit quelquefois pas; il conserve alors, pendant tout le cours de la maladie, une fréquence presque uniforme. Chez les jeunes enfants qui ne peuvent rendre compte de ce qu'ils éprouvent, cette forme de maladie encéphalique est caractérisée par la

fièvre, la rougeur de la face, l'insomnie et les cris aigus, souvent avec des vomissements. Au bout de quelques jours, ces symptômes sont suivis de la stupeur et du strabisme, avec abaissement de la fréquence du pouls aussitôt que la stupeur survient. Cette chute du pouls, lorsque l'enfant reste dans un grand accablement voisin du coma, est souvent le premier symptôme qui indique la nature alarmante de la maladie.

IV. C'est plus communément sur de jeunes sujets, de l'âge de la puberté et au-dessus, que j'ai observé la quatrième forme de l'inflammation encéphalique. Elle commence par un léger état fébrile qui, pendant long-temps, n'excite point d'alarmes; il existe en même temps une céphalalgie légère, avec des inquiétudes dans les membres, de l'anorexie et un sommeil agité : la langue est saburrhale, le pouls a peu de fréquence, comme de quatre-vingt-seize à cent pulsations par minute. Au bout de quelques jours, la maladie semble diminuer; mais, à la visite suivante, on est désappointé en trouvant le malade plus souffrant que dans l'origine. On a alors recours à un traitement plus actif, et l'on obtient encore une apparence de diminution des accidents. Ainsi la langue se sera nettoyée; il y aura un peu d'appétit, le sommeil sera plus calme; mais il restera une céphalalgie qui varie en intensité d'un jour à l'autre : jamais elle n'est très-intense, mais jamais aussi elle ne cesse tout-à-fait; le pouls conserve aussi de la fréquence. Dans ces alternatives de rémissions et d'exacerbations, huit à dix jours se passent avant que la maladie n'ait pris un caractère décidé. Ce ne sera peut-être qu'au sixième ou septième jour, que même un observateur attentif commencera à remarquer que la céphalalgie, quoique peu intense, est cependant plus forte et plus permanente que ne le comportent les symptômes fébriles; que pendant

que la langue se nettoie, que le pouls se ralentit, et que l'appétit augmente, la céphalalgie continue avec une propension au repos, et un degré d'accablement qui n'est pas justifié par l'intensité de la fièvre. La maladie peut ainsi continuer sa marche pendant plus long-temps encore, jusqu'à ce que, peut-être vers le douzième ou le quatorzième jour, le pouls tombe subitement à son rhythme naturel, et même au-dessous; tandis que la céphalalgie est augmentée et se joint à une propension évidente à la stupeur. C'est alors que l'on reconnaît une maladie de la tête des plus dangereuses; le malade reste pendant plusieurs jours dans l'état de stupeur, quelquefois avec des convulsions, et souvent avec strabisme et double vision. Le pouls recommence à devenir fréquent, et, vers cette période de de la maladie, il survient souvent un intervalle trompeur d'amendement apparent; quelquefois le strabisme disparaît, et les yeux reprennent leur aspect naturel; la stupeur a cessé, et le malade paraît débarrassé et jouit de ses facultés intellectuelles; mais bientôt il retombe subitement dans un coma complet, et il périt en trois ou quatre jours. La durée de cette maladie est incertaine; elle peut se prolonger pendant cinq à six semaines, ou elle peut être fatale en deux ou trois.

Lorsque la forme de maladie encéphalique que nous décrivons se manifeste chez les enfants, ils deviennent languissants et abattus; ils n'ont pas d'appétit, et leur sommeil est agité. Le ventre est souvent dérangé, et l'on est porté à attribuer à l'état des viscères abdominaux les accidents que l'on observe. Aucun symptôme effrayant ne se manifeste; aussi reste-t-on sans alarmes jusqu'au huitième ou dixième jour: le pouls tombe alors à soixante-dix, et même à soixante pulsations; les pupilles se dilatent, les yeux deviennent fixes et excavés; l'enfant est dans un état d'accablement qui tend à la stupeur: ces symptômes sont bientôt suivis du

coma, et généralement du strabisme, et peu de jours après de la mort.

Cette forme de maladie encéphalique aurait pu être considérée comme une modification de la précédente, parce que les symptômes diffèrent seulement par le degré d'intensité; mais j'ai pensé qu'il vaudrait mieux en donner une description distincte, à cause des caractères insidieux qui se présentent dans la première période, et parce que c'est une forme qui s'observe très-fréquemment. On la voit survenir avec encore moins d'apparence d'affection encéphalique que je n'en ai indiqué dans cette description : il n'existe quelquefois pas la plus légère douleur de tête pendant tout le cours de la maladie.

V. J'ai ordinairement observé sur des adultes la cinquième forme de la maladie; elle commence par une violente céphalalgie sans fièvre. Le malade est dans son lit, abattu, et demandant qu'on le laisse en repos, ou il est agité par la violence de la douleur. Le pouls conserve son rhythme naturel; il est même quelquefois au-dessous; fréquemment il bat environ soixante fois par minute. La face est quelquefois enluminée; d'autres fois elle est pâle : chez quelques malades les yeux sont dans l'état naturel; mais chez d'autres, il ne peuvent supporter la lumière, et les pupilles sont contractées. Ordinairement la douleur est profonde et très-aiguë : elle occupe différentes parties de la tête; fréquemment elle semble s'étendre d'une tempe à l'autre, et quelquefois elle a son siége dans les oreilles. Le malade a l'air très-accablé; il a quelquefois des vomissements. Le délire se montre souvent de très-bonne heure; il varie d'intensité d'un jour à l'autre; au bout de cinq à six jours il fait place au coma fatal. Pendant tout le cours de cette maladie, le pouls bat de soixante-dix à quatre-vingts fois par minute : dans quelques cas cependant, il est

d'abord à son rhythme normal; il descend ensuite à soixante ou même à cinquante pulsations, et à la fin il s'élève à cent vingt ou cent trente. Tantôt la vision n'est point altérée, tantôt il survient du strabisme et la vue double. Quelquefois ces symptômes disparaissent au bout d'un jour ou deux pour ne plus revenir; la maladie n'en continue pas moins à marcher vers une terminaison funeste. Il y a toujours plus ou moins de délire, mais il est souvent court et passager : fréquemment les malades sont dans l'assoupissement et tiennent des discours incohérents; mais ils peuvent être éveillés et tirés de cet état; ils parlent alors sensément. Cet état, lorsqu'il n'est pas accompagné de fièvre, caractérise toujours une affection dangereuse du cerveau. On observe aussi fréquemment une sorte d'inattention ou de confusion dans les idées anciennement acquises, qui diffère de tout ce qu'on observe de cette nature dans les fièvres, et qui indique toujours une maladie cérébrale dangereuse. La parole est quelquefois gênée, soit qu'il y ait de la difficulté dans l'articulation des mots, soit qu'il y ait une hésitation provenant de ce que le malade ne peut se rappeler les mots dont il a l'intention de faire usage. Il se manifeste en général, vers la fin, plus ou moins de coma, qui, dans quelques cas, continue pendant trois ou quatre jours, et, dans d'autres, ne dure pas au-delà de douze heures, et quelquefois la mort arrive sans qu'il y ait eu d'état comateux : le malade peut encore répondre distinctement aux questions qu'on lui adresse un instant avant de périr [1].

[1] Aux formes sous lesquelles se présentent les inflammations cérébrales décrites par M. Abercrombie, je dois en ajouter une sixième, qui me paraît ne rentrer dans aucune de celles qu'il a reconnues, et que j'ai eu occasion d'observer plusieurs fois, particulièrement chez des jeunes sujets. Elle me paraît d'autant plus digne d'être signalée, que l'on peut facilement méconnaître, pendant toute sa première période, l'état d'inflammation de l'encéphale, et laisser ainsi arriver sans la combattre directe-

Dans toutes les formes de ces dangereuses maladies, les symptômes présentent une grande variété d'aspect, aussi faut-il beaucoup d'attention pour se mettre en garde contre les caractères insidieux qui se manifestent dans beaucoup de

ment, à son plus haut degré de violence, une maladie qui devient ensuite funeste.

Le premier symptôme par lequel s'annonce la forme d'encéphalite que je décris, est un état de lenteur dans les fonctions des organes des sens et de l'intelligence. Le malade entend ce qu'on lui dit, il prête attention, mais il comprend difficilement; il fait répéter les questions qu'on lui adresse, et il les fait répéter lentement; son regard est un peu étonné. Cependant il n'existe encore aucune céphalalgie, aucun mouvement fébrile, seulement le malade se plaint de fatigue générale et de malaise. Il a un appétit plutôt augmenté que diminué; il n'y a pas de soif, les fonctions digestives se font bien. La face est tantôt rouge et tantôt pâle; le malade est triste, il recherche la solitude. Il est rare que cet état dure plus de trois à quatre jours; au bout de ce temps, il se manifeste de temps en temps des horripilations avec pâleur de la face, le malade accuse des douleurs dans les muscles, dans différentes parties du corps. Il y a quelquefois de la surdité, mais l'hébêtement est encore augmenté, le sommeil est agité par des mouvements comme spasmodiques des bras, et par des réveils en sursaut ou par des rêves pénibles. Ordinairement après le sommeil, il y a un commencement de délire passager qui paraît porter sur l'objet des rêves du malade : c'est une sorte de rêve continué pendant la veille. J'ai vu cet état incertain durer cinq à six jours, sans qu'il survînt aucun phénomène plus caractéristique; seulement les horripilations étaient suivies d'un léger mouvement fébrile qui durait une ou deux heures, qui se terminait même par une légère sueur. Cette circonstance en impose toujours sur la nature du mal : si l'on n'a pas l'attention fixée sur cette forme d'encéphalite, on croit avoir affaire à une fièvre intermittente ; cet état intermittent peut même durer cinq à six jours. Mais enfin le mal se caractérise, le pouls prend une fréquence extraordinaire ; il y a des alternatives de veille et de sommeil pendant tout le jour. Ces instants de sommeil sont courts, ils sont très-agités, constamment ils sont suivis d'un délire fugace, ou plutôt d'une sorte de rêvasserie. Le malade porte de temps en temps la main à la tête, mais il déclare qu'il n'en souffre pas. Presque toujours alors il dit qu'il ne souffre de nulle part. Ses facultés sont très-obtuses ; néanmoins il répond juste, mais avec une lenteur extrême. Cet état continue sans nouveaux symptômes qu'une augmentation de fréquence du pouls ; il fait bientôt place à un véritable coma, qui ne diffère en rien des autres états comateux des arachnoïdites avec épanchement, qu'en ce qu'il dure plus long-temps, et en ce qu'il est

cas, et contre les apparences trompeuses d'amélioration qui se montrent souvent dans toutes les formes des inflammations cérébrales. Il arrive même que, dans des cas où la maladie s'est montrée sous l'apparence la plus formidable, chaque symptôme alarmant peut s'affaiblir. Le pouls conserve quelquefois sa fréquence; mais il arrive aussi qu'il va en se ralentissant progressivement, en sorte qu'à chaque visite on trouve qu'il a régulièrement perdu de sa fréquence, et que l'on conçoit ainsi l'espérance qu'en peu de jours la maladie se terminera favorablement. Pendant ces apparences trompeuses d'amélioration, qui pourront se prolonger durant plusieurs jours, j'ai vu des parents remercier le médecin de ses soins, et lui déclarer que ses visites étaient maintenant inutiles, et j'ai connu un médecin qui s'est retira, considérant son malade comme convalescent. A mesure que le pouls perd de sa fréquence, le malade éprouve de la propension au sommeil; c'est encore une circonstance qui peut être considérée comme avantageuse. Le pouls tombe enfin à son rhythme naturel, le sommeil devient alors presque continuel, le lendemain c'est un véritable coma; le pouls s'accélère alors de nouveau, il devient même excessivement fréquent : la mort arrive au bout de quelques jours. Tous ces accidents peuvent se succéder avec très-peu de céphalalgie, et sans aucun symptôme qui puisse fixer l'attention d'un observateur superficiel sur le danger que court son malade, jusqu'à ce qu'il le trouve dans le coma, au moment même où il s'attendait à le voir entrer en convalescence. C'est précisément lorsque le pouls revient à

peut-être moins grave ; car j'ai vu guérir des malades qui étaient restés plusieurs jours, et même jusqu'à deux semaines dans ce coma, tandis que dans les autres formes d'encéphalite, il est rare, quand le malade est dans l'état comateux bien caractérisé, qu'il guérisse ; il est même ordinaire que cet état se termine par la mort assez promptement, et si la guérison s'effectue, ce n'est jamais que dans les quatre à cinq premiers jours de l'état comateux. A. N. G., *trad.*

son rhythme naturel, que le coma devient évident, et que la situation du malade est probablement déjà désespérée. Toutes les fois donc que, pendant une maladie fébrile, il s'est manifesté des symptômes encéphaliques, comme une violente céphalalgie avec vomissements et impossibilité de supporter la lumière, avec stupeur, affections convulsives ou dérangement de la vision, quand bien même ces symptômes auraient entièrement disparu, et lorsque la maladie aurait pris les caractères d'une simple affection fébrile, il ne faut pas considérer le danger comme passé, mais il faut se tenir en garde contre les accidents graves qui sont toujours à craindre. Un observateur attentif remarque généralement, dans ces cas, quelques phénomènes qui font soupçonner que l'apparence du mieux est illusoire. Quelquefois, par exemple, c'est un état de dilatation des pupilles qui donne au regard une certaine expression; d'autres fois, c'est une propension remarquable au sommeil. Fréquemment on observe quelque chose d'insolite dans les manières du malade : c'est une irascibilité qui ne lui est pas naturelle, ou une propension à se plaindre qui n'est pas dans son caractère. Il parle d'une manière précipitée et brève, ou il parle, au contraire, avec une lenteur remarquable; il articule difficilement, ou il confond ses idées, ou il oublie certains faits qui doivent être présents à sa mémoire. Mais on ne peut trop répéter aux jeunes praticiens qu'il y a des cas où tous ces symptômes manquent, et dans lesquels le malade paraît être, depuis plusieurs jours, dans l'état le plus satisfaisant, tandis qu'effectivement le mal fait de rapides progrès vers une terminaison funeste.

Cette description des formes de l'encéphalite est toute pratique; je ne me suis point arrêté à examiner si toutes ces formes doivent être considérées comme des affections primitives et idiopathiques de l'encéphale, ou si quelques-unes ne sont pas, au contraire, secondaires ou symptoma-

tiques. C'est néanmoins un fait bien important à signaler, que ces accidents se montrent souvent comme symptômes pendant le cours de maladies différentes, particulièrement pendant les fièvres continues, la scarlatine, les coqueluches, les rougeoles, les pneumonies, les phthisies et les maladies des reins. Il peut cependant être utile d'énumérer les symptômes qui, pendant le cours d'une maladie, indiquent l'imminence d'une affection encéphalique : ce sont principalement les suivants :

Du côté de la tête. — Céphalalgie violente avec des battements dans la tête et des étourdissements; des tintements d'oreilles accompagnés de la sensation de pesanteur et de plénitude; de la stupeur; une grande propension au sommeil. Dans les cas obscurs et insidieux, le seul symptôme remarquable est une sensation constante de vertige.

Du côté des yeux. — L'impression pénible de la lumière, la contraction ou la dilatation insolites des pupilles, la vision double, le strabisme, la perte de la vue, la distorsion des yeux en dehors, la paralysie des muscles palpébraux, produisant, selon le muscle qui est affecté, l'occlusion ou l'ouverture de l'œil; des attaques passagères de cécité ou de double vision, les illusions d'optique, le retour subit d'une bonne vue chez des individus qui avaient la vue basse depuis long-temps.

Du côté de l'ouïe. — Surdité passagère, tintements d'oreilles, finesse insolite de l'ouïe.

Du côté de la parole. — Articulation difficile ou imparfaite, lenteur ou brièveté inusitées dans la prononciation.

Du côté du pouls. — Lenteur du pouls et variations remarquables dans sa fréquence.

Du côté des facultés intellectuelles. — Délire prononcé, accès d'incohérence dans les idées, confusion particulière d'idées, perte de mémoire sur des objets particuliers.

Du côté des muscles. — Affections paralytiques ou con-

vulsives confinées quelquefois à un seul membre ou à une partie d'un seul membre, et contracture d'un membre.

Du côté des voies urinaires. — Souvent diminution dans la sécrétion des urines, qui approche quelquefois d'une suppression complète. Cette diminution dans la sécrétion urinaire est souvent accompagnée d'un fréquent besoin d'uriner, probablement occasioné par la plus grande acrimonie de l'urine et par la diminution de sa quantité [1].

Pour établir le diagnostic dans ces cas difficiles, il faut donner plus d'attention au rapport des symptômes entre eux qu'à un symptôme en particulier. Ainsi l'accablement qui ac-

[1] La suppression d'urine complète ou incomplète dans les maladies est un symptôme que l'on aurait tort de considérer comme indiquant l'imminence d'une affection encéphalique. Ce symptôme peut se rencontrer dans toutes les maladies accompagnées d'une fièvre intense; et, sous ce rapport, l'inflammation encéphalique imminente ou confirmée ne le présente pas plus fréquemment que toute autre phlegmasie aiguë. S'il fallait assigner la maladie inflammatoire dans laquelle les urines sont le plus fréquemment diminuées ou même supprimées, après les inflammations des reins nous placerions les péritonites et les entérites.

Il est un ordre de symptômes qui indiquent en général l'imminence et même la présence d'une inflammation encéphalique, et dont M. Abercrombie ne fait point ici mention : ce sont les symptômes qui résultent de la lésion du tact général, tels que des douleurs spontanées dans quelques parties du corps, des aberrations de sensation de la peau, le sentiment d'une vive chaleur à la tête, l'insensibilité subite de quelque partie du corps, la perte du goût, l'abolition de la sensation de l'excrétion des urines et des matières fécales, ou l'abolition de la sensation qui avertit du besoin de cette excrétion. Je mets encore au nombre des symptômes qui indiquent le plus directement l'imminence ou la présence d'une inflammation cérébrale, les terreurs paniques, les joies immodérées pour le plus léger motif de contentement, les désirs excessifs de choses insignifiantes ; une loquacité ou une taciturnité insolites.

La céphalalgie est certainement le symptôme le plus caractéristique des maladies encéphaliques ; mais elle se montre dans les maladies fébriles comme symptôme, soit de l'état fébrile lui-même, soit de l'affection d'organes plus ou moins éloignés de l'encéphale. Comment distinguer alors si elle indique une affection cérébrale ? On ne le peut souvent pas, au moins par ce seul symptôme ; mais la douleur de tête est fréquemment aussi suffisante pour ne pas laisser de doute sur la présence d'une encéphalite ou

compagne une fièvre intense chez tous les individus, et qui n'est pas, pour cela, un accident défavorable, indiquerait une maladie de la tête du plus fâcheux caractère, s'il survenait sans fièvre ou avec une fièvre légère. De même encore, la céphalalgie et le délire, qui sont considérés comme symptomatiques dans une violente fièvre, indiqueraient une dangereuse affection cérébrale s'ils paraissaient avec un fièvre légère.

Je viens de décrire les symptômes des inflammations encéphaliques tels qu'ils se présentent dans le plus grand nombre de cas. On observe des variétés nombreuses qu'il est impossible de renfermer dans une description générale. Une des modifications les plus remarquables de ces maladies, est le cas où elles débutent par un attaque subite de paralysie, tellement qu'elles ressemblent, par l'invasion, à une apoplexie plutôt qu'à une inflammation encéphalique. Cette invasion est généralement propre à une inflammation d'une portion de la substance cérébrale; elle peut cependant s'observer aussi avec une inflammation des membranes. La maladie peut aussi paraître sous cette forme, et durer à l'état chronique pendant des mois; dans ces cas, on la reconnaît en général à la céphalalgie souvent confinée à un seul côté de la tête, à la perte de la mémoire, à l'altération des fonctions de différents organes, tels que les organes de la vision, de l'audition, du goût; aux affections convulsives, à la paralysie d'un membre ou de tout un côté du corps, et à la fin au coma et à la mort qui le termine. On trouve ordinairement, dans ces cas, un ramollissement

sur son imminence; il suffit qu'elle soit locale et bornée à un seul côté ou à une seule partie non symétrique de la tête. Ainsi une céphalalgie frontale, bi-temporale ou occipitale, est très-souvent symptomatique d'une affection gastrique ou intestinale; mais une céphalalgie qui n'occupe qu'une tempe, qu'un pariétal, qu'une partie du frontal, se rattache, dans le plus grand nombre de cas, lorsqu'elle n'est pas passagère, à une affection encéphalique. Il suffit de ce symptôme pour éveiller toute la sollicitude du praticien. A. N. G., *trad.*

d'une partie du cerveau ; mais quelquefois aussi cette partie est d'une couleur rouge brune, et plus dense que les parties environnantes [1].

On trouve pareillement de nombreuses variétés dans les symptômes particuliers, et, par exemple, dans l'état des pupilles ; dans quelques cas elles continuent à être sensibles au contact de la lumière, et dans d'autres elles sont extraordinairement contractées ; quelquefois, après avoir été dilatées et insensibles, elles reprennent leur sensibilité ; il arrive aussi qu'une pupille est contractée, tandis que l'autre est dilatée et insensible ; on rencontre parfois des alternatives de contraction et de dilatation ; enfin, on voit aussi des pupilles, au contraire de l'état physiologique, se dilater au contact de la lumière. J'ai observé ces symptômes plusieurs fois, j'ai constaté les faits, mais je suis incapable de préciser les cas dans lesquels ils arrivent. On trouvera un exemple de ces phénomènes morbides dans l'un des faits qui seront rapportés. Il arrive souvent que l'intégrité des sensations se rétablit d'une manière remarquable peu de temps avant la mort des malades. J'ai vu récemment un enfant de sept ans, qui avait tout-à-fait perdu la vue et l'ouïe, et qui était dans un coma profond ; trois jours après il recouvra la vue et l'ouïe ; pendant peu d'heures il reconnut ceux qui l'entouraient, il parla sensément, puis il retomba dans le coma et périt le lendemain. A l'ouverture de son cadavre, je trouvai les désordres ordinaires dans ces maladies, et un épanchement

[1] Cette forme apoplectique de l'invasion de l'encéphalite est d'autant plus remarquable qu'il arrive en effet, dans ces cas, une altération morbide identique à celle de l'apoplexie. Une congestion sanguine s'établit subitement dans le cerveau pendant que l'inflammation s'allume dans une de ses parties. Cette congestion est produite par l'irritation ou le mouvement fluxionnaire qui sont les points de départ de cette phlegmasie elle même. Cette congestion et ces symptômes apoplectiques qu'elle a déterminés directement, viennent-ils à cesser par un traitement approprié, ou spontanément, la phlegmasie continue sa marche, et se trouve réduite à ses symptômes propres. A. N. G., *trad.*

encéphalique abondant. J'ai aussi vu le strabisme disparaître après avoir continué pendant un jour ou deux, sans se représenter pendant tout le cours de la maladie jusqu'à sa terminaison funeste.

J'ai presque omis, dans toutes les observations qui viennent d'être présentées, de parler de l'état du tube digestif; je suis convaincu qu'il n'est aucun état de cet appareil qui soit propre à cette classe de maladie. Le ventre est généralement resserré, quelquefois il est très-aisé d'entretenir des évacuations régulières, et d'autres fois le ventre reste libre pendant tous le cours de la maladie. La nature des selles est aussi très-variable : elles présentent, dans les différents cas et à diverses périodes d'un même cas, toutes les formes variables de l'apparence morbide, qui se rencontrent dans les autres maladies fébriles. L'aspect le plus ordinaire des matières évacuées est celui d'une matière verte comme des feuilles de thé ou des épinards hachés. Cet aspect des évacuations alvines a été considéré comme appartenant si spécialement aux affections encéphaliques, que l'on a désigné ces selles sous le nom de selles hydrocéphaliques. Je suis convaincu que cette opinion n'est nullement fondée en fait, et que même, si l'on veut en déduire un point de diagnostic, elle doit être considérée comme très-dangereuse. Tous les praticiens dégagés de l'esprit de système, et qui ne tiennent compte que de ce qui se passe devant eux, reconnaîtront que l'aspect des selles que nous venons d'indiquer n'est point particulier aux affections du cerveau, et que l'hydrocéphale présente pendant sa durée toutes les variétés possibles dans l'aspect des évacuations alvines, et que d'un autre côté, même aux périodes les plus avancées de la maladie, ces évacuations peuvent être tout-à-fait naturelles. Il faut sans doute, dans l'examen de cette maladie, porter toute son attention sur l'aspect des évacuations, et

recourir à tous les moyens nécessaires pour corriger tout ce qu'elles offrent de morbide; mais il n'en faut pas moins considérer comme une erreur dangereuse en pratique, de supposer que les selles présentent quelque caractère spécial qui caractérise l'hydrocéphale.

SECTION II.

DES PRINCIPAUX SIÉGES ET DES TERMINAISONS DES PHLEGMASIES ENCÉPHALIQUES.

Le tableau général que je viens de tracer présente l'exposé des symptômes qui indiquent l'existence d'une inflammation dans quelque partie des organes encéphaliques; mais lorsqu'on en vient à étudier d'une manière plus immédiate, sous un point de vue pathologique, cette classe de maladies, on reconnaît qu'elles présentent des variétés importantes qui dépendent probablement de la partie où siége primitivement la phlegmasie, et qu'elles se modifient aussi en raison de son mode de terminaison.

Les variétés d'encéphalites peuvent être rapportées à leur siége dans une des parties suivantes :

1° La dure-mère.

2° La pie-mère et l'arachnoïde. Je réunis ces deux membranes, parce qu'il est extrêmement difficile de distinguer l'inflammation de la pie-mère de celle de l'arachnoïde, et aussi parce qu'effectivement ces deux tuniques semblent en général être affectées en même temps.

3° La substance des hémisphères cérébraux.

4° La substance blanche qui forme les parties centrales du cerveau, le septum-lucidum, la voûte et le corps calleux.

La recherche des phénomènes qui se rapportent à ces différents siéges de l'encéphalite, sera l'objet des sections suivantes; mais, comme il sera important de parler en même temps des modifications que la maladie présente suivant ses

modes de terminaison, il convient de faire connaître en général ces divers modes.

L'encéphalite peut devenir funeste :

1° *Dans sa période inflammatoire*, et cela arrive, qu'elle ait son siége dans la substance du cerveau ou dans ses membranes, et spécialement dans la pie-mère. Cependant, dans les cas les plus tranchés de ce mode de terminaison, c'est dans la substance des hémisphères que l'inflammation a son siége.

2° *Par épanchement de sérosité.* Dans les premiers travaux sur les maladies qui nous occupent, on a peut-être attaché trop d'importance à cet épanchement, comme s'il eût réellement constitué à lui seul la maladie que l'on a appelée hydrocéphale aiguë. On attribuait les accidents morbides à la compression exercée par le fluide épanché, et les moyens de l'art étaient principalement, et même exclusivement, dirigés pour en déterminer l'absorption. Il me semble qu'on admet généralement aujourd'hui qu'il faut considérer l'épanchement dans l'hydrocéphale aiguë comme le résultat de l'action inflammatoire, quoiqu'il y ait certainement d'autres causes qui peuvent déterminer cet épanchement séreux.

L'augmentation de l'exhalation d'une membrane séreuse paraît arriver dans deux cas très-différents.

A. Par l'inflammation de la tunique séreuse elle-même ou des parties qu'elle revêt. C'est ainsi que nous voyons l'inflammation de la plèvre ou du péritoine déterminer un épanchement séreux dans les cavités que tapissent ces membranes. La sérosité épanchée dans ces cas varie considérablement dans ses caractères : elle est quelquefois limpide, d'autres fois elle est laiteuse; dans quelques cas elle est mêlée à une matière jaune floconneuse, dans d'autres elle est presque purulente. Il est difficile d'assigner la cause de ces variétés; qu'il nous soit cependant permis de la chercher

jusqu'à un certain point dans le siége immédiat de l'inflammation, et de présumer que le fluide sera floconneux toutes les fois que la membrane elle-même sera enflammée, et que, lorsqu'il sera limpide, c'est que l'inflammation aura son siége dans les parties que revêt immédiatement cette membrane : l'exhalation de la séreuse n'est alors troublée que secondairement. On trouve les mêmes variétés dans la nature du fluide qui s'épanche dans les cavités encéphaliques, que dans celui qui s'accumule dans les autres poches séreuses ; et d'après tout ce que nous apprend l'observation, on peut considérer comme bien démontré, que c'est à l'action inflammatoire qu'il faut attribuer l'épanchement séreux dans toutes ces maladies aiguës de l'encéphale, que l'on a généralement comprises sous le nom d'*hydrocéphale aiguë.*

B. Les épanchements séreux peuvent cependant survenir par une tout autre cause, telle que l'interruption de la circulation veineuse dans une partie du corps. C'est ainsi qu'un membre serré devient œdémateux au-dessous de la compression, et que l'on voit l'anasarque se former dans la totalité ou dans une partie d'un membre, par la compression de tumeurs formées à sa partie supérieure ; c'est ainsi que des ascites surviennent par l'induration du foie. Toutes les fois qu'il se forme ainsi une interruption dans la circulation veineuse, il paraît que l'exhalation séreuse augmente par les extrémités exhalantes des artères avec lesquelles l'appareil veineux comprimé est en rapport immédiat. Cette augmentation d'exhalation dépend probablement d'une congestion dont ces vaisseaux deviennent le siége dans ces circonstances ; congestion dont les effets sont à-peu-près les mêmes que ceux d'une inflammation véritable. Une semblable gêne de la circulation arrive évidemment dans le cerveau par différentes causes, telles, par exemple, qu'une compression exercée par des tumeurs, une maladie chronique des sinus, des tumeurs au col, certaines maladies

des poumons et du cœur [1], et probablement aussi cet état tout particulier et très-remarquable du cerveau, que j'ai proposé de désigner sous le nom d'apoplexie simple. C'est probablement à ces épanchements séreux, déterminés par de semblables causes, que sont dues les affections qui ont été appeleés *hydrocéphale chronique* et *apoplexie séreuse.*

Relativement au siége de ces collections séreuses encéphaliques, on le trouve dans les ventricules, sous l'arachnoïde, entre l'arachnoïde et la dure-mère [2]; et l'on a aussi des raisons de penser qu'il est quelquefois entre la dure-mère et l'os [3], quoique le fluide épanché dans cette partie s'échappe à l'ouverture de la tête, et se soustraie ainsi

[1] On trouve dans la chirurgie de La Motte, t. II, p. 186, un bel exemple d'hydropisie encéphalique probablement déterminée par la gêne de la circulation veineuse; le voici :

Une jeune fille de huit ans périt dans le coma, avec les accidents d'une hydrocéphale et une grande gêne dans la respiration. A l'ouverture de son cadavre, on trouva la poitrine distendue par un épanchement de sérosité aqueuse rougeâtre; le cerveau était aussi distendu par un liquide très-limpide. Après avoir débarrassé la poitrine du liquide qui la remplissait, on trouva les poumons sains, mais on reconnut en même temps l'existence de deux abcès et de deux tumeurs dures, chacune du volume d'un œuf de pigeon, qui avaient comprimé la veine cave descendante; il n'y a pas de doute, dit La Motte, que c'était à cet obstacle à la circulation, qu'il fallait attribuer la collection de sérosité dans la tête et dans la poitrine.

A. N. G., *trad.*

[2] Il est difficile de concevoir comment un épanchement séreux pourrait avoir son siége entre l'arachnoïde et la dure-mère, si l'on entend par cette indication l'intervalle de la fibreuse sous-crânienne et du feuillet séreux qui la tapisse et qui appartient à l'arachnoïde; le tissu cellulaire très-serré qui unit ces deux feuillets exclut la possibilité de cet épanchement. C'est sans doute la cavité de l'arachnoïde que M. Abercrombie a voulu indiquer, en assignant pour siége à des épanchements séreux l'intervalle de la dure-mère et de l'arachnoïde. A. N. G., *trad.*

[3] La formation d'un épanchement séreux entre la dure-mère et l'os ne peut se concevoir dans les affections étrangères à toute cause traumatique qui détache le crâne de la fibreuse après la mort, à cause de l'adhérence étroite de la table interne du crâne avec son périoste interne, à moins qu'il ne se forme un kyste.

A. N. G., *trad.*

souvent à l'observation. On trouve aussi des épanchements séreux dans une cavité formée par la séparation des lames du septum-lucidum. On a rapporté des observations dans lesquelles l'épanchement a été trouvé confiné dans un seul ventricule latéral; je n'ai rien vu de semblable, mais il est probable que cette circonscription de l'épanchement n'a pu arriver qu'après l'oblitération de la communication des deux ventricules [1].

[1] La remarque que fait ici M. Abercrombie doit être encore étendue, depuis que l'on a découvert une voie de communication entre l'extrémité de l'aquéduc de Sylvius et la succession de cellules qui constituent la cavité sous-arachnoïdienne du rachis, et par conséquent aussi la cavité sous-arachnoïdienne du cerveau, c'est-à-dire toutes ses circonvolutions. Quelques-uns des faits particuliers que M. Abercrombie a rapportés nous mettront à même d'insister plus directement sur les conséquences de cette disposition anatomique : nous nous contenterons dans cette note de la signaler, et d'en établir les conséquences immédiates sous le rapport de la formation et des phénomènes des épanchements séreux encéphaliques.

Cotugno a démontré qu'une couche de liquide diaphane, légèrement jaunâtre, existe dans l'état sain autour du cerveau et de la moelle épinière, et dans la cavité des ventricules cérébraux; M. Magendie a rappelé cette découverte de l'anatomiste italien. Ce fluide, dont la quantité n'est jamais moindre que deux onces à deux onces et demie chez l'adulte, est placé dans le lacis cellulo-vasculaire qui constitue la pie-mère sous la membrane arachnoïde; il distend le sac membraneux que forme cette dernière membrane. Après la mort, ce liquide disparaît en grande partie. Lorsque l'on ouvre les cellules sous-arachnoïdiennes sur un point quelconque du cerveau ou dans le canal rachidien, on vide par cette ouverture, en la rendant déclive, les cavités des ventricules, les cellules sous-arachnoïdiennes du cerveau, les intervalles des circonvolutions cérébrales, et les cellules sous-arachnoïdiennes du rachis. Si l'on comprime un point de l'arachnoïde distendue par ce fluide, il reflue dans les autres parties et dans les ventricules cérébraux. Enfin on vide, par l'ouverture des ventricules, tout le liquide qui se trouve dans les cellules sous-arachnoïdiennes du rachis. A ces expériences, qui établissent qu'il existe évidemment une libre communication entre toutes ces cavités, on peut joindre celle qui consiste à les remplir toutes, après les avoir vidées, par une injection faite dans l'une d'elles. Cette voie de communication se trouve entre les deux artères cérébelleuses postérieures; elle n'a pas moins de deux ou trois lignes de diamètre, et elle établit une communication libre entre la cavité du quatrième ventricule et les cellules sous-arachnoïdiennes du rachis; et comme

La quantité de sérosité épanchée dans le cerveau, varie depuis quelques gros jusqu'à huit ou dix onces, ou même plus; quant à ses qualités, ce fluide est quelquefois limpide, quelquefois sanguinolent, d'autres fois il est trouble,

d'une part les cavités celluleuses sous-arachnoïdiennes du rachis s'étendent sous l'arachnoïde cérébrale dans les circonvolutions du cerveau, et que d'autre part le quatrième ventricule communique par le troisième avec les ventricules latéraux, il est évident que toutes ces cavités, que remplit dans l'état physiologique le fluide céphalo-rachidien, ne forment réellement qu'une seule cavité.

On a nié l'existence de cette ouverture de communication dans l'état sain; mais, outre que les expériences que nous venons de citer ne laissent pas de doute sur son existence, il est extrêmement facile de la reconnaître; il suffit d'ouvrir le canal rachidien dans sa portion cervicale, et d'enlever le crâne dans sa moitié occipitale. Après avoir incisé la dure-mère et l'arachnoïde dans le lieu où elles se prolongent du crâne dans le canal rachidien, on voit très-distinctement ce trou en soulevant doucement le cervelet; il faut ne pas vouloir le rencontrer pour ne pas le reconnaître. Son diamètre est de deux à trois lignes environ; il est légèrement ovalaire; ses bords sont lisses, et ne présentent aucune trace de déchirure.

Cette disposition anatomique rend raison de ce qui arrive lorsque, par une cause quelconque, le fluide céphalo-rachidien augmente en quantité, dans des proportions insolites, dans un point quelconque des surfaces qui l'exhalent. La compression qui résulte de cette augmentation de fluide se répartit sur toute la masse encéphalo-rachidienne; si cette répartition sur une très-grande surface diminue l'influence de cette compression et rend la résorption plus facile, il est cependant évident qu'elle a pour effet, quand elle arrive à un certain degré, de troubler toutes les fonctions des organes sur lesquels elle agit; c'est sans doute là le motif pour lequel on n'observe point de paralysie circonscrite dans l'hydrocéphale aiguë. Les fonctions du cerveau et de la moelle spinale diminuent toutes en même temps, dans cette maladie, à mesure que la compression augmente; elles s'éteignent progressivement toutes en même temps au plus haut degré de compression. Lorsqu'un fluide coagulable, produit d'une inflammation ou d'une hémorrhagie, s'épanche dans la cavité d'un ventricule, sur un point de la surface encéphalique ou dans le canal rachidien, on observe des phénomènes de paralysie locale, qui dépendent de la suspension des fonctions d'une seule partie de l'encéphale. La raison s'en conçoit : dans ce cas, la lésion est tout-à-fait locale; elle ne porte pas, comme dans l'augmentation du fluide céphalo-rachidien, sur toute la masse encéphalique. Mais si cet épanchement local est accompagné d'une congestion encéphalique générale, qui détermine, soit par elle-

et contenant des flocons de matière coagulable. Le fluide que l'on rencontre dans les ventricules, présente parfois toute l'apparence du pus; il paraît cependant le plus ordinairement ne contenir qu'une très-petite proportion de matière animale. Il résulte des recherches du docteur Marcet, que mille grains de ce fluide contiennent moins de deux grains de substance animale, qui consiste en une matière mucoso-extractive, avec des traces d'albumine. Il arrive cependant que ce fluide est parfois très-coagulable, et il est vrai de dire qu'il y a des variations considérables, tant dans la quantité de liquide épanché, que dans les proportions de matière animale qu'il contient [1].

même, soit en augmentant l'exhalation séreuse céphalo-rachidienne, une compression de toute la masse encéphalo-rachidienne, la suspension de toutes les fonctions de cette masse, voile les effets immédiats de l'épanchement qui s'est fait dans un point; c'est ce qui arrive au moment d'une violente attaque d'apoplexie; il y a immédiatement suspension de toutes les fonctions des organes encéphalo-rachidiens, et ce n'est que lorsque ce résultat immédiat de la congestion sanguine, effet du molimen hémorrhagique, a disparu, que les phénomènes de paralysie locale se montrent, s'il s'est fait un épanchement sanguin, soit dans la pulpe, soit sur un point de la surface ou dans un ventricule du cerveau.

Les épanchements limités à un ventricule ne peuvent se concevoir que lorsqu'ils sont formés d'une matière plastique et coagulable, comme du pus, du sang, de l'albumine, qui ont une adhérence avec une partie de la surface de ce ventricule, ou qui oblitèrent les voies de communication du ventricule avec les autres cavités. On peut encore concevoir que ces voies soient oblitérées par une phlegmasie; c'est un point d'anatomie pathologique qui mérite d'être l'objet de toute l'attention des observateurs, puisque le trou de communication du quatrième ventricule avec les cellules qui occupent la cavité sous-arachnoïdienne du cerveau et du rachis, explique la grande rareté des épanchements séreux confinés à un seul ventricule, signalée par M. Abercrombie. A. N. G., *trad.*

[1] Les auteurs ne sont pas d'accord sur la quantité de liquide qui se trouve ordinairement épanchée dans les cavités cérébrales dans l'hydrocéphale aiguë. Il me semble qu'il faut tenir peu de compte de la quantité absolue de ce liquide; d'abord, parce que, malgré la publication des observations de Cotugno sur ce fluide, consignées dans son ouvrage *de Ischiade nervosa*, les observateurs ont paru généralement, jusqu'à ces derniers temps, ne pas connaître l'existence du fluide céphalo-rachidien et

3° *Par formation de fausses membranes.* Cette terminaison n'arrive que lorsque l'inflammation a son siége dans une membrane. La pseudo-membrane qui en est le résultat, se

de l'orifice qui termine le quatrième ventricule ; et qu'ils ont ainsi été nécessairement induits en erreur, la quantité de liquide trouvé dans le cerveau des cadavres variant suivant que l'on place le cadavre dans une position plus ou moins déclive, qui fait descendre le liquide dans le rachis ou le fait refluer vers la tête; et ensuite, parce qu'il est bien démontré que le liquide céphalo-rachidien est en très-grande partie résorbé après la mort. Il est deux dispositions anatomiques plus importantes à remarquer pour constater, à l'ouverture des corps, quelle a été la gravité de l'épanchement séreux pendant la vie ; la première est l'état de dilatation des ventricules, qui est très-remarquable chez les sujets qui périssent d'hydrocéphale aiguë. Cette dilatation s'étend à tous les ventricules, et surtout au quatrième et à l'ouverture qui le termine. La deuxième est l'état de congestion très-considérable de tous les vaisseaux cérébraux qui sont distendus par du sang. Cette circonstance semble inséparable d'une augmentation de l'exhalation séreuse, puisque toutes les causes qui font refluer le sang vers les organes encéphaliques, comme les efforts violents, la réplétion du canal digestif, augmentent immédiatement la quantité du fluide céphalo-rachidien ; cette augmentation d'exhalation séreuse, suite d'une congestion encéphalo-rachidienne, a des effets d'autant plus marqués sur les organes que le fluide environne, qu'elle a aussi pour effet de rendre le volume de ces organes et de leurs annexes plus considérable, et par conséquent de rétrécir la cavité que remplit le fluide séreux exhalé.

Tout en tenant compte des circonstances qui viennent d'être signalées, les anatomistes qui examinent les cadavres des sujets morts d'affection cérébrale ne doivent cependant pas négliger d'examiner le fluide épanché ; et le seul moyen de bien constater ses qualités et sa quantité, c'est d'ouvrir d'abord le canal rachidien à la région du sacrum, et d'extraire ainsi le liquide que l'on voit distendre l'extrémité du sac arachnoïdien auquel on fait avec précaution une ouverture. On obtient ainsi, avant d'ouvrir la tête, tout le fluide épanché dans toutes les cavités cérébrales et arachnoïdiennes, et on peut juger de ses qualités et de sa quantité, qui varient suivant le temps écoulé depuis la mort. On acquiert encore, en procédant ainsi, la preuve de l'existence de la communication libre des ventricules avec la cavité sous-arachnoïdienne du rachis, puisque l'on vide toutes ces cavités ; et cette communication est si bien établie que j'ai reçu du fluide sanguinolent par la fin du rachis lorsqu'il y avait un épanchement de sang dans les ventricules latéraux ou dans la pulpe, mais communiquant avec les ventricules.

Le liquide qu'on trouve dans la cavité arachnoïdienne est toujours un produit morbide, puisque cette cavité séreuse, qui ne communique pas,

trouve entre l'os et la dure-mère, ou entre la dure-mère et l'arachnoïde; mais c'est le plus ordinairement sur l'arachnoïde qu'on l'observe; elle y occupe souvent une grande étendue, et elle donne ainsi une couleur jaune à une grande partie de la surface de l'hémisphère. Dans quelques cas elle suit le trajet de l'arachnoïde seule, ou ne pénètre

comme Bichat l'avait avancé, avec les ventricules, n'en contient pas en quantité notable dans l'état sain.

Je n'attache pas beaucoup d'importance aux analyses chimiques des produits morbifiques; cependant il faut les faire connaître, ne fût-ce que pour compléter le tableau de l'état de la science. Voici d'abord les résultats détaillés de l'analyse de Marcet, citée par M. Abercrombie : 1000 parties de sérosité d'une hydrocéphale aiguë, prise dans les ventricules, contiennent : eau, 990,80; matière extracto-muqueuse, avec une petite quantité d'albumine, 1,12; muriate de soude, 6,64; sous-carbonate de soude, avec une légère portion d'un sulfate alcalin, 1,24; phosphate de chaux, avec une petite quantité de phosphate de magnésie et de fer, 0,20. M. Haldat a analysé aussi cette sérosité; il a reconnu qu'elle contenait, sur 1000 parties : eau, 965; muriate de soude, 15; albumine, 6; mucus, 3; gélatine, 9; phosphate de soude, quantité indéterminée; phosphate de chaux, présumé. (*Essai sur l'Hydropisie aiguë du cerveau*; par J. L. Brachet, 1818.)

Ce liquide a été également analysé par J. F. John, qui y a constaté la présence des éléments suivants : sur 1000 parties, eau, 993,75; matière albumineuse, 4,17; soude libre, sulfate et muriate de soude, phosphate de soude et matière extractive, ensemble 2,08. Ce chimiste a rapproché les résultats de l'analyse de la sérosité puisée dans les ventricules du cerveau après l'hydrocéphale aiguë, de ceux de l'analyse du fluide céphalo-rachidien; mais il est à regretter qu'il ait pris ce dernier fluide sur un veau qu'on venait de tuer, au lieu de le prendre dans le cerveau d'un cadavre humain. Il a néanmoins reconnu que le liquide céphalo-rachidien du veau contenait une très-grande quantité de véritable albumine, tandis qu'on n'en trouve que des traces dans la liqueur hydrocéphalique, où cette substance même ne se trouve que sous une certaine modification.

Les analyses chimiques de liquides animaux ne peuvent avoir d'utilité pour les médecins, que quand on les aura répétées un assez grand nombre de fois pour qu'on puisse compter sur leur exactitude, et surtout lorsqu'en les répétant sur des individus de différents âges et placés dans des conditions diverses, on sera parvenu à apprécier l'influence probablement très-grande des circonstances sur la composition des liquides qui font partie de notre corps. A. N. G., *trad.*

que faiblement entre les circonvolutions, par de petites projections triangulaires; mais dans d'autres cas elle suit entièrement le trajet de la pie-mère, et unit étroitement les unes aux autres les circonvolutions entre lesquelles elle s'enfonce. On rencontre aussi parfois des fausses membranes dans les ventricules; elles y revêtent les plexus choroïdes; mais elles se trouvent souvent à la surface supérieure de la tente du cervelet.

4° *Par suppuration.* On trouve souvent sous l'arachnoïde une couche mince de matière puriforme; parfois ce pus est épanché entre l'arachnoïde et la dure-mère, et entre la dure-mère et l'os. Ce pus se trouve aussi, dans quelques cas, réuni en petits foyers circonscrits par des adhérences de la dure-mère aux os, ou des méninges les unes aux autres; on en rencontre aussi d'épanché dans les ventricules; mais c'est surtout dans la substance cérébrale que se forment ces épanchements purulents; on les y trouve, soit réunis en abcès distincts circonscrits, limités par les kystes mols, soit mêlés avec la substance cérébrale désorganisée. Ce pus n'est point, dans ce dernier cas, réuni en foyer circonscrit; une portion de la pulpe cérébrale plus ou moins étendue, est ramollie, désorganisée, et comme mélangée avec le pus. Le cervelet devient fréquemment le siége de ces abcès; on les y trouve bien circonscrits dans ses parties les moins volumineuses, telles que la moelle allongée, ou la glande pinéale, ou le corps pituitaire. Ces abcès sont ordinairement fort peu étendus. Nous rapporterons un cas dans lequel un petit foyer purulent bien circonscrit, qui n'avait pas le volume d'une petite fève de haricot, s'était formé dans le corps strié.

5° *Par ramollissement.* La désorganisation particulière du cerveau, ou la perte de cohésion de la pulpe, que les Français ont nommée ramollissement, pour exprimer par ce mot l'état dans lequel se trouve la substance du cerveau,

est encore une des terminaisons des phlegmasies cérébrales. Cette lésion consiste en ce qu'une partie de la substance cérébrale est réduite en une pulpe molle qui conserve sa couleur naturelle, mais qui a entièrement perdu sa consistance normale.

Le ramollissement diffère entièrement de la suppuration, en ce que la pulpe altérée n'a ni la couleur ni l'odeur du pus, et que le tissu blanc du cerveau, dans lequel on observe le plus souvent cette altération, a conservé sa blancheur laiteuse. On trouve des ramollissements dans toutes les parties du cerveau; mais leur siége le plus ordinaire, d'après mes observations, est dans la pulpe blanche et dense qui forme le corps calleux, la voûte à trois piliers, et le septum-lucidum. Cette dernière partie est ordinairement alors perforée par une ouverture irrégulière, et la voûte a entièrement perdu sa forme et sa consistance; ou si elle ne l'a pas perdue, elle ne la conserve que jusqu'à ce qu'on y touche, mais elle tombe en une masse pulpeuse aussitôt qu'on y porte légèrement la main.

Dans les recherches que j'ai faites il y a quelques années sur la nature de cette lésion encéphalique remarquable, je n'ai pas hésité à la considérer comme un des résultats de l'inflammation de la substance cérébrale. Depuis mes travaux, cette altération a été étudiée avec beaucoup de soin par M. Rostan et par d'autres médecins français; ces savants ont émis, et fortement défendu, des opinions différentes sur sa nature. Les uns l'ont considérée comme une maladie cérébrale *sui generis*; M. Rostan, en particulier, semble voir en elle une lésion spéciale et primitive du tissu cérébral, bien qu'il admette qu'elle est quelquefois le résultat d'une inflammation.

Le rapprochement de tous les faits recueillis sur cette lésion, m'a conduit à conclure qu'elle naît dans deux circonstances qui diffèrent essentiellement l'une de l'autre. Dans

les cas observés par M. Rostan, c'est principalement sur les parties extérieures du cerveau que le ramollissement s'est rencontré; et ce n'a guère été que chez des vieillards pour la plupart de plus de soixante ans; plusieurs même en avaient soixante-dix, soixante-quinze et quatre-vingts. Ces sujets avaient tous eu des attaques d'apoplexie ou de paralysie souvent très-prolongée. Chez plusieurs, et même chez un assez grand nombre, le ramollissement coïncidait avec des épanchements de sang, ou entourait des kystes apoplectiques anciens. L'affection qui a été l'objet de mes recherches, avait, au contraire, son siége dans les parties denses et centrales du cerveau, telles que la voûte à trois piliers, le septum-lucidum, le corps calleux, ou le voisinage immédiat des ventricules; je l'ai rencontrée chez des individus de différents âges, mais particulièrement sur de jeunes sujets et sur des enfants. Elle s'est manifestée après des accidents aigus, tels surtout que ceux de l'hydrocéphale aiguë; le ramollissement s'est aussi plusieurs fois rencontré évidemment réuni aux lésions caractéristiques d'une inflammation, telles qu'une rougeur foncée de la substance cérébrale autour du ramollissement, ou qu'une suppuration effectuée à ses limites, ou enfin que la présence de fausses membranes sur les surfaces les plus voisines du foyer ramolli. Ajoutez encore à cela, que plusieurs fois nous avons pu observer sur le même cerveau un ramollissement dans un point, un abcès dans un autre, et dans un troisième lieu, les caractères anatomiques d'une inflammation aiguë qui nous représentait le passage graduel de l'état de tissu enflammé à l'état de tissu ramolli. Je rapporterai des exemples remarquables de ces états morbides; je présenterai aussi un cas dans lequel une perforation du septum-lucidum, effet du ramollissement, offrait sur ses bords un anneau inflammatoire. Telle est la lésion qui a été l'objet de mes investigations, et que je regarde comme la plus digne d'intérêt parmi celles

qui se rapportent aux maladies aiguës du cerveau. D'après les motifs principaux que je viens d'exposer, je n'hésiste pas à la considérer comme un produit de l'inflammation.

Si l'on compare les faits qui motivent mon opinion avec ceux recueillis par M. Rostan et par ceux qui ont la même opinion que lui, on peut arriver à reconnaître que la dissidence n'est peut-être entre nous qu'apparente. Je considère le ramollissement de la pulpe cérébrale comme analogue à la gangrène qui survient dans les autres parties du corps; comme la gangrène, il peut reconnaître deux causes très-différentes, l'inflammation d'abord et ensuite la suspension de la circulation par maladie des artères. Je regarde la première de ces causes immédiates comme l'origine de la maladie que j'ai observée, et la deuxième comme celle des désordres observés par M. Rostan. Si l'on admet cette explication des faits, toute dissidence a disparu, et aucune objection plausible ne me paraît susceptible d'être faite. Tous les médecins reconnaissent la gangrène par inflammation; tous aussi sçavent que la gangrène est le résultat des maladies des artères de quelque partie du corps, quoiqu'elle ait réellement, dans ce cas, une origine différente, et qu'elle donne aussi lieu à des symptômes très-différents. L'ossification des artères dans une grande étendue est très-commune chez les vieillards; elle paraît être fréquemment la cause de l'apoplexie avec extravasation de sang dans le cerveau, si commune aux dernières périodes de la vie. Il me paraît donc extrêmement probable que cette ossification peut déterminer cette lésion particulière d'une partie du cerveau, d'où naît le ramollissement que M. Rostan a observé chez les vieillards. Je suis même conduit, par les faits publiés par ce praticien, à adopter cette explication; mais cela ne m'empêche pas de soutenir encore que le ramollissement qui survient d'une manière aiguë chez les jeunes sujets, et qui se rencontre ordi-

nairement dans les parties centrales du cerveau, est une des terminaisons de l'inflammation propre au tissu médullaire de cette partie. Cette lésion est de la plus grande importance dans l'histoire des maladies encéphaliques aiguës : elle caractérise une inflammation très-fréquemment observée. Dans les lieux où la phlegmasie a ordinairement son siége, le ramollissement est souvent combiné avec une suppuration d'autres parties du cerveau, et très-fréquemment avec un épanchement dans les ventricules; mais il constitue aussi souvent la seule lésion morbide apparente, d'autant plus digne d'attention qu'elle est quelquefois d'une très-petite étendue. Je rapporterai quelques cas dans lesquels la perforation du septum-lucidum, par le ramollissement d'une partie de sa substance, ou le ramollissement de la voûte, ont été absolument les seuls désordres apparents chez des sujets morts avec les symptômes ordinaires de l'hydrocéphale aiguë [1].

[1] Je n'adopte pas comme suffisamment justifiée l'opinion de M. Abercrombie sur le ramollissement de la substance cérébrale, quoique j'admette tout de suite avec lui, et avec tous ceux qui ne voient dans ce ramollissement qu'une lésion inflammatoire, que cette altération s'annonce par des accidents qui diffèrent bien peu de ceux que produit l'inflammation encéphalique, et surtout qu'elle coïncide très-fréquemment avec une véritable phlegmasie d'une partie du cerveau ou de ses annexes.

M. Abercrombie appuie son opinion en établissant, 1° que les symptômes observés sur les individus dont le cerveau s'est trouvé après la mort affecté de ramollissement étaient les mêmes que ceux de l'hydrocéphale aiguë; 2° qu'il a plusieurs fois rencontré le ramollissement réuni aux désordres évidemment caractéristiques de l'inflammation dans la pulpe cérébrale, soit aux limites mêmes de ce ramollissement, soit dans d'autres points du cerveau.

1° De ce que les symptômes que présentent les sujets chez lesquels on a trouvé des ramollissements après la mort, seraient les mêmes que ceux qui se montrent chez des individus atteints des véritables inflammations encéphaliques et d'hydrocéphales aiguës, on n'en peut évidemment rien conclure; car il n'est pas démontré que les désordres qui se trouvent dans les organes soient toujours fidèlement exprimés par les symptômes, et que des symptômes identiques ne soient pas l'effet de lésions locales très-

6° Les terminaisons des inflammations encéphaliques par l'état chronique, consistent dans l'épaississement des membranes, la contraction et l'oblitération des sinus, des caries des os, et plusieurs autres affections des annexes du cerveau, dont il sera ultérieurement question.

différentes. Le contraire est même bien prouvé : n'a-t-on pas vu en effet, pour ne parler que d'une maladie cérébrale, l'épilepsie produite par des tumeurs des os du crâne, ou par des fongus de la dure-mère, par des ossifications de la faux, par des squirrhes ou des tubercules de différentes parties du cerveau, par des inflammations chroniques de la pulpe, par des kystes hydatiques, etc. L'argument de M. Abercrombie sur ce point ressemble à celui que l'on ferait en soutenant que le ramollissement de l'estomac, la gastrite et le cancer, sont des maladies tout-à-fait identiques, parce que dans les unes comme dans les autres on observe des symptômes semblables : les douleurs d'estomac, les vomissements, l'anorexie, la soif, etc.

2° De ce que l'on rencontre très-souvent le ramollissement réuni à des désordres évidemment inflammatoires de l'encéphale, faut il en conclure que le ramollissement soit un résultat d'inflammation ? il faudrait pour cela que le ramollissement ne se vît jamais que réuni à des désordres évidemment inflammatoires. Il n'est cependant pas très-rare de trouver des portions du cerveau ramollies sans aucune trace d'inflammation évidente, ni aux environs, ni même dans aucun point du cerveau. On trouve même quelquefois le ramollissement réuni à des désordres qu'il n'est pas possible de considérer comme inflammatoires ; tels sont des hydatides, des tubercules, des noyaux squirrheux, etc.

L'anatomie pathologique suffit pour établir entre les ramollissements cérébraux une différence assez tranchée pour faire distinguer ceux qui dépendent d'une inflammation de la pulpe cérébrale, de ceux qui ne reconnaissent point cette cause prochaine. Les uns et les autres ont des caractères très-tranchés, que j'ai décrits dans les plus grands détails dans mon *Histoire anatomique des inflammations* (t. II, p. 109 et 580). Il est impossible de confondre ces désordres, même à une inspection assez superficielle ; il n'en est cependant pas moins vrai qu'il est très-difficile de reconnaître, dans sa première période, aux symptômes qu'elle fait naître, une maladie cérébrale qui doit se terminer par ramollissement, d'une encéphalite, et même de la subinflammation qui constitue l'hydrocéphale aiguë ; et, lorsque le ramollissement est opéré, on se trouve encore, d'après les symptômes de la maladie, dans l'impossibilité, dans beaucoup de cas au moins, de savoir s'il y a ramollissement, et de constater si le ramollissement est de nature inflammatoire, ou s'il est compliqué d'inflammation, ou, enfin, s'il est idiopathique. Cette difficulté dépend

Relativement à la nature de l'hydrocéphale aiguë, nous regardons comme très-probable, ou plutôt comme certain, que l'épanchement de sérosité n'est qu'une des terminaisons de l'état inflammatoire du cerveau, état inflammatoire qui doit être l'objet principal de toute l'attention pour tracer l'histoire de cette maladie et les règles de son traitement. Les autres modes de terminaison sont moins fréquemment observés; tel est en particulier le ramollissement des parties centrales du cerveau, qui est quelquefois le seul désordre que laisse la maladie, mais qui se trouve réuni avec l'épanchement dans le plus grand nombre des hydrocéphales aiguës. Dans certains cas où les symptômes ont ressemblé beaucoup à ceux de l'hydrocéphale, on reconnaît que la maladie s'est terminée par une suppuration diffuse, ou en même temps par suppuration et par un épanchement séreux; on trouve encore quelquefois, dans ces cas, avec ces désordres, un ramollissement des parties centrales du cerveau.

L'observation démontre qu'il est rare que la terminaison de la maladie ne s'effectue que par une seule des lésions que nous avons signalées, et il est complètement impossible de juger, d'après les symptômes que présente un malade, de quelle manière la phlegmasie encéphalique s'est terminée. L'épanchement séreux, sans autre lésion morbide, s'est ordinairement présenté à mon observation, dans les cas où la maladie nous a offerts les phénomènes que j'ai réunis dans la description de la quatrième forme de l'encéphalite, dans laquelle les symptômes se développent lentement, et d'une manière

de ce que le ramollissement, considéré comme un mode particulier de maladie des tissus, comme l'inflammation en est un autre, comme le squirrhe en est un troisième, a nécessairement, avec toutes ces maladies de la texture de nos organes, des éléments pathogéniques communs, qui font naître dans toutes ces maladies des symptômes identiques, indépendamment d'ailleurs des signes qui résultent de leur siége commun.

A. N. G., *trad.*

insidieuse, sans que le mal présente beaucoup d'intensité à aucune de ses périodes. Lorsque, chez ces malades, la douleur est plus intense et les symptômes d'une plus grande violence, j'ai généralement trouvé, soit un épanchement séreux avec un ramollissement des parties centrales, soit une suppuration diffuse. Sur les sujets qui m'ont présenté les phénomènes que j'ai rapportés à la deuxième forme de l'encéphalite, j'ai généralement trouvé des abcès enkystés, ou une concrétion pseudo-membraneuse entre l'arachnoïde et la pie-mère. Mais ces désordres sont loin d'être observés d'une manière constante, et le ramollissement surtout se rencontre après des accidents très-lents et fort insidieux. Les différents désordres par lesquels se terminent les encéphalites sont très-souvent réunis, et tous se montrent généralement combinés avec plus ou moins d'épanchement séreux. La cause de ces résultats variables d'une même affection est encore un sujet de conjecture; il y a cependant quelques raisons de penser que la substance grise ou corticale du cerveau devient plutôt le siége de la suppuration, tandis que le ramollissement serait surtout le mode de terminaison de l'inflammation de la substance blanche.

Le degré d'intensité de l'inflammation, qui dépend probablement de la constitution du malade, modifie aussi beaucoup la forme de la maladie. Ainsi, dans quelques cas, l'encéphalite présente les signes les plus prononcés d'une phlegmasie aiguë, tandis que, dans d'autres, on ne reconnaît qu'une phlegmasie scrophuleuse qui existe au plus faible degré, et marche avec une extrême lenteur : il y a entre ces deux formes extrêmes de la phlegmasie, une multitude de degrés intermédiaires qui marquent la transition insensible de l'une à l'autre.

Sans nous arrêter à tirer des conséquences générales de ces faits, nous allons présenter des histoires particulières

choisies de manière à faire connaître les différentes modifications de l'inflammation des membranes et de la substance du cerveau.

SECTION III.

DE L'INFLAMMATION DE LA DURE-MÈRE.

L'inflammation idiopathique de la dure-mère est une maladie très-rare; le fait suivant est le seul exemple de cette affection que j'aie eu l'occasion d'observer.

Obs. I. Une demoiselle de vingt-deux ans fut prise subitement, le 16 mars 1820, au soir, d'une violente douleur à la tempe gauche. Je la vis, pour la première fois, le lendemain matin : le pouls donnait environ cent pulsations par minute, la langue était blanche et humide; la douleur temporale persistait, mais elle n'était pas intense. La malade paraissait atteinte d'une fièvre continue modérée, avec quelques phénomènes d'affection cérébrale. Des saignées générales et locales et des purgatifs amenèrent un soulagement très-marqué. La malade se plaignait par instants de douleur de tête, elle en était d'autres fois entièrement exempte, et ne sentait qu'une sorte de trouble dans les idées. Lorsqu'elle souffrait de la tête, la douleur avait parfois son siége à la tempe gauche; d'autres fois elle était plus générale, et s'étendait à la partie supérieure de la tête. Tel fut l'état de la malade pendant la première semaine. On reconnaissait toujours les accidents d'une fièvre continue : la langue était blanche, le pouls variait de quatre-vingt-seize à cent dix pulsations; les nuits étaient quelquefois tranquilles, et d'autres fois agitées. Au commencement de la deuxième semaine, la paupière supérieure gauche se tuméfia; le regard de la malade fut plus abattu, et le pouls varia de quatre-vingt-seize à cent vingt pulsations; la douleur était toujours

variable, quelquefois elle se faisait sentir avec intensité, et à d'autres instants elle cessait complétement. Un jour la malade se plaignit d'une douleur aiguë à l'oreille droite. Le 27 mars elle eut plusieurs frissons qui furent suivis de chaleur et de sueur. Ces accidents déterminèrent un médecin distingué à ordonner le quinquina à haute dose. Elle passa ensuite deux jours dans un état beaucoup plus satisfaisant; le pouls avait de quatre-vingt-dix à quatre-vingt-seize pulsations, et tous les accidents étaient considérablement diminués. La tumeur de la paupière supérieure fut ouverte, et fournit beaucoup de pus. Une sonde, introduite par l'ouverture, pénétra à une grande profondeur, vers la partie supérieure de l'orbite, où l'os se trouva dénudé en quelques endroits. Le 29 mars au soir, elle fut prise d'une petite convulsion de très-peu de durée, et après laquelle elle sembla tout aussi bien que les deux jours précédents, tous les accidents ayant considérablement diminué. Le 30 elle se plaignait davantage de la tête, le regard était plus abattu, et le pouls présentait des variations extrêmes : tantôt il était très-accéléré, tantôt il était petit, et au-dessous de son rhythme naturel. Le 31 il n'arriva rien de particulier; la malade jouissait de toute l'intégrité de ses facultés intellectuelles et de ses sens. A la dernière visite, de neuf heures du soir, elle se plaignait d'un léger sentiment de malaise au sommet de la tête : mais on ne voyait d'ailleurs aucun autre changement dans les symptômes. Entre une et deux heures du matin, elle manifesta un peu d'incohérence dans ses idées, et aussitôt après elle tomba dans le collapsus; elle perdit la parole, mais elle semblait conserver l'intégrité de ses sensations; elle mourut à trois heures. Il y avait eu un peu de délire une des nuits précédentes, vers le 28 mars; une fois la malade s'était plaint d'obscurcissement de la vue, mais aucun de ces symptômes ne s'était représenté.

Ouverture du cadavre. — A la séparation du crâne, il

s'écoula une grande quantité de matière purulente qui était déposée entre l'os et la dure-mère. L'espace que ce pus remplissait était circonscrit par un rebord irrégulier de pseudo-membrane, par lequel la dure-mère adhérait à l'os. Ce foyer avait environ le diamètre d'un écu de 6 francs, et correspondait à la partie antérieure de l'hémisphère droit. La dure-mère déprimée formait le plancher inférieur de ce foyer; sa surface était ulcérée par endroits; dans d'autres, elle était noire, mais elle était entière, et l'os correspondant était parfaitement sain. En détachant la dure-mère, on reconnut qu'elle présentait à la surface interne de cette portion les mêmes apparences d'ulcération qu'à sa surface externe; interposée entre l'œil et la lumière, elle paraissait très-épaissie par endroits et en d'autres points très-amincie. L'hémisphère droit du cerveau, dans toute l'étendue qui est ordinairement mise à découvert par l'ouverture de la tête, était couvert d'une couche mince et uniforme de matière purulente très-épaisse, étendue également à la surface. Lorsque cette matière fut enlevée, on reconnut qu'il existait dans la même étendue une couche pseudo-membraneuse sous l'arachnoïde. Cette couche était d'une épaisseur très variable, assez grande sur la partie antérieure de l'hémisphère, et moindre sur la partie postérieure. Cette couche sous-arachnoïdienne suivait tout-à-fait le trajet de la séreuse; elle passait avec elle sur les circonvolutions du cerveau, et elle ne pénétrait pas dans leurs intervalles. La pie-mère correspondante entre les circonvolutions était très-injectée, mais n'offrait aucune trace de sécrétion morbide. La substance de l'hémisphère droit était, jusqu'à une petite profondeur, d'un brun livide, sans présenter cependant aucun changement de structure. Il n'y avait point d'épanchement dans les ventricules, et le cerveau était, du reste, parfaitement sain. La suppuration de l'orbite gauche était confinée dans cette cavité, entre le

plancher orbitaire et le globe de l'œil, sans aucune maladie des os; il n'y avait aucune maladie interne de ce côté du crâne [1].

[1] L'observation qu'on vient de lire est trop intéressante pour que nous n'y joignions pas les réflexions qu'elle suggère sur les difficultés du diagnostic des maladies cérébrales. Quel désaccord entre les symptômes et la maladie interne! La malade éprouve une douleur à la tempe gauche, et la maladie est à droite, il n'y avait pas de lésion profonde à gauche. Il se forme un apostème extérieurement du côté gauche, mais il n'a aucune connexion immédiate avec la maladie profonde; il ne survient même pas au lieu de la tête où existe la douleur; c'est dans la partie supérieure de l'orbite qu'il se forme, tandis que c'est à la tempe que la malade ressentait de la douleur. Une inflammation aiguë des méninges, assez grave et assez étendue pour donner naissance à une suppuration qui décolle la dure-mère dans une assez grande surface, pour produire une pseudo-membrane qui tapisse toute la convexité d'un hémisphère cérébral sous l'arachnoïde, ne s'accompagne ni de convulsions soutenues, ni de céphalalgie correspondante à la moitié du cerveau qu'elle affecte, ni de paralysie, ni de délire évident; car, s'il a existé, il a été si fugace qu'il a à peine été signalé. Comment, d'après cela, fixer par des symptômes le siége et l'étendue du mal? Il y a eu sans doute, dans l'ensemble des phénomènes, des motifs de soupçonner une maladie cérébrale; mais ces motifs étaient-ils bien puissants, lorsqu'on voyait les accidents suivre une marche en apparence intermittente, et sembler même céder à l'usage du quinquina? Il faut bien convenir qu'il y a des cas où le diagnostic est tellement difficile, que les hommes les plus habiles peuvent se tromper ou rester dans un doute complet. Cette observation serait un exemple de la sixième forme des encéphalites, que j'ai ajoutée, dans une des notes précédentes à celles décrites par M. Abercrombie; elle doit prouver que les plus légers accidents cérébraux doivent être toujours pris en grande considération par les praticiens. Certainement, chez cette malade, ces symptômes étaient bien peu nombreux et très-difficiles à saisir, et cependant ils étaient les seuls signes d'une maladie des plus étendues et de plus graves.

J'ai insisté dans une de mes précédentes notes, sur l'importance qu'il faut toujours attacher à la douleur de tête bornée à un seul côté ou à une partie d'un seul côté de le tête; la douleur fixe à la tempe gauche me fournit un fait à l'appui de ce précepte.

Ce fait n'est pas seulement intéressant comme exemple de phlegmasie suppurée de la dure-mère, il l'est encore comme exemple d'une arachnoïdite bornée à un seul hémisphère; et il pourrait être invoqué pour montrer que le délire, symptôme très-commun et presque constant des arachnoïdites de la convexité, est beaucoup moins constant lorsque la phlegmasie de l'arachnoïde est limitée à la convexité d'un seul hémisphère.

L'inflammation de la dure-mère paraît avoir été, chez le sujet de cette observation, la maladie primitive, bien qu'elle se soit plus tard compliquée de l'extension de l'inflammation à l'arachnoïde. Le seul fait que j'aie pu recueillir qui

Serait-ce que, dans ce cas, les fonctions intellectuelles se maintiendraient par suite de l'intégrité de tout un hémisphère, resté étranger à la maladie de l'autre?

Il est évident que, sur le cadavre examiné par M. Abercrombie, l'inflammation des méninges n'avait point épargné le feuillet séreux de l'arachnoïde qui tapisse la surface interne de la dure-mère enflammée. Cette communauté de phelgmasie existait dans le fait suivant, qui fournira un autre exemple d'inflammation idiopathique de la dure-mère.

Obs. I (*bis*). Un homme de soixante-quatre ans, d'un tempérament lymphatico-sanguin, robuste, très-sobre, ne prenant point d'exercice, s'appliquant peu, fit appeler le docteur Pratbernon, médecin à Vesoul, le 7 septembre 1822, pour une douleur vive, mais avec rémission, qu'il avait à la tête, surtout au sommet, depuis cinq jours. Anorexie complète, langue couverte d'un enduit très-épais, d'un blanc jaunâtre, humectée, et telle qu'on la voit dans les embarras gastriques les plus prononcés. Averti par la torpeur qu'on remarquait chez ce malade, par l'affaiblissement de la mémoire et par quelques incohérences dans les idées, par l'habitude de porter sans cesse la main sur les pariétaux où était le siége de la douleur, par des variations fréquentes dans le pouls habituellement plein, grand et fort, ce médecin prononça qu'il y avait inflammation du cerveau ou de ses membranes. Mais comme le malade était presque toujours sans fièvre, sans changement dans l'aspect de la face, sans agitation, sans délire, sans assoupissement; comme le sommeil était régulier et tranquille, et qu'il se levait encore, on pouvait y voir aussi une douleur rhumatismale ou une névralgie. Cinquante sangsues furent appliquées à l'anus en deux fois, à peu de jours d'intervalle; une autre fois, on en mit douze au cou. Petit lait et autres boissons tempérantes; cataplasmes émollients sur la tête, lavements émollients, lavements purgatifs, sinapismes aux membres inférieurs. De petites doses de sels neutres dans les bouillons le matin; diète complète et calme. On fit à la nuque deux larges escharres avec la potasse caustique. Cependant les douleurs au sommet de la tête et l'incohérence des idées augmentaient; la constipation persista; la langue était aussi saburrhale, il y avait plus souvent de la fièvre; le pouls ne perdait point de sa force, la face était quelquefois colorée et vultueuse. Le 21 septembre, on donna dans de l'eau de veau, à doses très-divisées, un grain et demi de tartre stibié avec une demi-once de sulfate de soude: il en résulta un vomissement bilieux abondant et des évacuations alvines copieuses, mais accompagnées de syncopes, de prostration extrême,

soit analogue, à un certain degré, à celui que je viens de rapporter, a été observé par M. Fizeau. Il diffère cependant du précédent, en ce que la maladie de la dure-mère était compliquée de celle de l'os; le voici :

avec un pouls si précipité, si faible, si misérable, et presque tout le jour un froid général, et un visage tellement semblable à celui de l'agonie, qu'il fallut recourir un instant aux cordiaux. Le lendemain, le malade était mieux, les douleurs de tête avaient presque disparu ; l'amélioration se soutint les jours suivans; le ventre était souple, la peau sans chaleur anormale, le pouls naturel, les idées plus nettes. Alors, dit M. Pratbernon, pour détourner entièrement cette prétendue irritation nerveuse, qui avait de longues rémissions, on jugea à propos de faire prendre, deux jours de suite, dix grains de sulfate de quinine; on laissa ensuite ce remède, le pouls paraissant plus dur et plus plein. Pendant les derniers jours de septembre, le malade se levait, commençait même à prendre quelques aliments légers, et dormait une bonne partie de la nuit; les douleurs de tête étaient moins violentes, il n'y avait aucun signe de paralysie. Le 1er octobre, vers le soir, M. Pratbernon le trouva dans le même état que les jours précédents; seulement le pouls était plus élevé et plus fréquent. Le lendemain matin, un autre médecin qui le vit trouva la face vultueuse. Ce jour même ce malade se leva à midi, se plaignit bientôt d'éprouver de la faiblesse, et expira tout à coup, quand on l'eut posé sur son lit.

Ouverture du cadavre, pratiquée vingt-sept heures après la mort. Le crâne enlevé, la dure-mère semblait remplie d'un fluide; et, en effet, au premier coup de scalpel, il s'en écoula une grande quantité de sérosité trouble, et fortement teinte par le sang, dont on trouva quelques caillots à la surface du cerveau et entre ses lobes. La quantité de sérosité était d'environ une livre: et le cerveau était réduit de son volume ordinaire, surtout à sa partie supérieure. La dure-mère et la membrane séreuse qui lui adhère, étaient épaissies de deux ou trois lignes dans quelques points, et surtout vis à vis le syncipút, siége de la douleur. Là principalement leur face interne était colorée, d'un rouge foncé, rugueuse, inégale et adhérente à l'arachnoïde cérébrale. Celle-ci était, au sommet des deux lobes, épaissie, opaque, jaunâtre, infiltrée de sérosité. La substance corticale était ramollie dans plusieurs points. La base du cerveau, le cervelet et la moelle allongée paraissaient dans leur état naturel. (*Journal général de Médecine*, t. LXXXII, 21e de la 2e série, p. 76).

Cette observation n'est pas moins remarquable que celle recueillie par M. Abercrombie, par les symptômes peu tranchés qu'elle a présentés, par l'absence des convulsions et du délire, effet si commun des méningites; par l'absence du coma malgré la présence d'un épanchement si considérable, et, enfin, par cette sorte de marche périodique des accidents,

Un enfant, âgé de quinze ans, fut pris d'une fluxion à la joue droite, et de mal aux dents; au bout de quelques jours, la douleur se calma, et occupa le côté gauche de la tête, où elle envahit l'œil et ses annexes. Il se manifesta alors des accès de fièvre irrégulière avec une insomnie et perte d'appétit. Le septième jour il se manifesta un délire violent, dans lequel le malade voulait quitter son lit. Le huitième jour la paupière gauche se tuméfia, de manière à recouvrir le globe de l'œil, qui paraissait proéminer hors de l'orbite plus que dans l'état ordinaire. Le malade eut des nausées et un violent mal de tête, mais il conserva toutes ses facultés sensitives, et la fièvre était modérée; il se manifesta un peu de délire pendant la nuit, le gonflement s'étendit au-delà des paupières sur le front. Le neuvième jour le délire fut permanent. Le dixième, le malade tomba dans le coma et mourut. *A l'ouverture du cadavre*, on trouva que les paupières de l'œil gauche et les téguments du côté gauche du front, étaient infiltrés de pus. L'os frontal était dénudé et carié dans une étendue considérable, l'apostème pénétrait dans l'orbite, et l'on trouva du pus à sa partie supérieure, et profondément derrière le globe de l'œil; l'os y était également dénudé. Le frontal était carié dans toute son épaisseur, et cette lésion s'étendait en longueur, un peu au-dessous des racines des cheveux, et transversalement de la tubérosité orbitaire externe jusqu'au-dessus du nez. La dure-mère était détachée et couverte de pus dans tout l'espace qui correspondait à la maladie de l'os; elle était aussi détachée de la partie supérieure de la voûte or-

que le malade de M. Abercrombie avait aussi présentée. Il faut cependant remarquer que dans le fait qu'on vient de lire, la céphalalgie s'est trouvée en rapport avec l'intensité et le siége du mal, et qu'il n'en a pas été ainsi chez le malade dont M. Abercrombie a recueilli l'histoire. Et néanmoins, chez ce dernier, la phlegmasie de la dure-mère était bien plus intense, puisqu'elle avait déterminé un apostème considérable entre cette membrane et l'os du crâne. A. N. G., *trad.*

bitaire; l'arachnoïde était aussi couverte de matière purulente. Il n'y avait que très-peu de fluide épanché dans les ventricules; du reste, le cerveau était sain [1].

Je ne connais que ces deux exemples d'inflammation idiopathique de la dure-mère; mais il est assez fréquent de trouver cette membrane malade en même temps que l'oreille interne et la portion pierreuse du temporal.

Cette maladie insidieuse et si souvent funeste, s'annonce en général par une douleur dans l'oreille; elle peut même, pendant quelque temps, être considérée comme n'étant en effet autre chose qu'une simple douleur; il se manifeste quelquefois un écoulement par l'oreille. On croit qu'il soulage la douleur; mais loin de diminuer, elle ne devient que plus violente. Le malade reste ensuite affaissé et assoupi; il se manifeste alors un délire léger, souvent accompagné de frissons; le malade tombe enfin dans le coma. Dans d'autres cas, il ne survient pas d'écoulement par l'oreille; mais le malade, après s'être plaint, pendant un jour ou deux, de douleurs profondes dans l'oreille, perd le sommeil et la mémoire. Il ne sait où reposer sa tête, qu'il roule d'un côté à l'autre, ou il jette ses membres d'une place à une autre; il tombe enfin, en peu de temps, dans le coma. Il arrive encore que la maladie se déclare par la cessation subite d'un écoulement purulent par l'oreille, qui a eu une certaine persistance, comme, par exemple, celui qui suit souvent la scarlatine. Cette suppression subite est alors suivie de douleur dans l'oreille, à laquelle succèdent la langueur et l'assoupissement, que remplace au bout de peu de jours un véritable coma. Le pouls est quelquefois alors fréquent, d'autres fois il est naturel, et dans quelques cas il est au-dessous de son rhythme normal. A la dissection du

[1] *Journal de Médecine*, nouvelle série, t. XI, p. 523.

cadavre, qui fait connaître la nature de cette maladie, on trouve en général une carie du rocher, confinée quelquefois à une petite partie de cette apophyse; la partie correspondante de la dure-mère est enflammée et épaissie, spongieuse ou ulcérée, et en général détachée de l'os. Entre la dure-mère et l'arachnoïde on trouve généralement une couche, soit de matière purulente, soit de concrétion pseudo-membraneuse, et cette couche s'étend quelquefois sur toute la tente du cervelet. La surface du cerveau et du cervelet est quelquefois elle-même superficiellement abcédée; il y a souvent un épanchement séreux concomitant dans les ventricules, et les désordres ordinaires d'une maladie de tout l'encéphale. Du pus se rencontre aussi fréquemment dans les cellules du rocher, dans les canaux auditifs et dans la cavité du tympan, et quelquefois même jusque dans les cellules mastoïdiennes.

Les trois observations suivantes offriront des exemples de cette maladie encéphalique; la troisième est surtout importante, en ce qu'elle montre les désordres morbides au milieu de leur développement, le malade ayant succombé à une autre affection.

Obs. II. Un jeune homme de vingt ans fut pris, le 20 janvier 1820, d'un violent mal de dents, qui occupait une dent située du côté droit de la mâchoire supérieure; le 21, la douleur s'étendit à l'oreille sans qu'il survînt aucun autre accident; le 22, la douleur continua dans l'oreille et s'étendit à la tempe. Il resta dans le lit une partie du jour. On appliqua des sangsues, et on administra un laxatif que le malade vomit; il survint ensuite des vomissements répétés. Le 23, la douleur devint plus générale à la tête et au travers du front; il y eut quelques vomissements, et il survint des frissons au commencement de la nuit, pendant laquelle il y eut de l'incohérence dans les idées et du délire. Un chirur-

gien, qui le vit alors, le trouva délirant beaucoup et se plaignant d'une violente céphalalgie; le pouls donnait soixante-dix pulsations, et était modérément développé. Je l'examinai le 24; son pouls donnait soixante pulsations, le visage était un peu pâle; la céphalalgie continuait, mais occupait surtout le front; son regard était égaré; il répondait distinctement lorsqu'on le questionnait en fixant son attention, mais sans cela il tenait des discours incohérents. Il avait été traité par des saignées générales répétées qu'il avait bien supportées, par l'application du froid, des vésicatoires, par l'administration des purgatifs, etc. Le soir du 24, il y eut un frisson intense; le 25, la céphalalgie était moindre, mais l'incohérence des idées avait augmenté, et il y avait de la tendance à la stupeur; le pouls donnait de soixante à soixante-dix pulsations; le 26, le pouls s'éleva de cent à cent vingt; le 27 et le 28, il y eut peu de changement : il répondait aux questions qu'on lui adressait; mais lorsqu'on ne lui parlait pas, ou il tombait dans l'accablement, ou il tenait des discours incohérents; le pouls variait de quatre-vingt-seize à cent vingt pulsations. Le 28, il y eut un peu d'écoulement de matière fétide par l'oreille droite. Le 29, il tint continuellement des propos incohérents; le pouls assez développé donnait quatre-vingt-seize pulsations. L'œil droit était injecté, et son globe semblait tuméfié et dilaté; la cornée était enduite d'une matière jaunâtre; on remarqua dans la journée que la bouche se portait par fois à gauche, particulièrement lorsqu'il voulait boire; il devint agonisant la nuit, et il expira le 30 à cinq heures du matin.

Ouverture du cadavre. — On trouva un peu d'épanchement sous l'arachnoïde des deux hémisphères. Une grande quantité de liquide remplissait les ventricules; le septum-lucidum, la voûte, et tout le plancher supérieur des deux ventricules latéraux, étaient ramollis; l'os temporal était carié dans une grande étendue derrière l'oreille; la partie

écailleuse du temporal était de couleur brune, de même que tout le rocher; ces parties osseuses étaient très-ramollies, et laissaient fluer, lorsqu'on les coupait, une matière ichoreuse qui s'écoulait en même temps par l'oreille. La dure-mère correspondant à l'os temporal était très-épaissie; la portion qui s'étend au-devant du rocher, était dans un état d'inflammation récente; celle qui se trouvait derrière cette partie osseuse était très-épaissie et spongieuse, et il y avait entre elle et l'os une couche de matière purulente épaisse. Le mal s'était étendu sur la tente du cervelet et sur presque toute la surface du cervelet lui-même, qui était recouverte presque partout d'une lymphe coagulable avec des flocons de matière purulente épaisse. Ces produits inflammatoires étaient cependant plus abondants sur la tente et sur la moitié droite et postérieure du cervelet; on pouvait les suivre jusque dans le quatrième ventricule. Il y avait une grande quantité de pus sous le cervelet, et il s'était formé dans sa substance un petit abcès à sa partie postérieure, entre les lobes.

Obs. III. Une fille de neuf ans avait été sujette à des attaques de suppuration de l'oreille, qui étaient ordinairement précédées d'une vive douleur et d'un peu de fièvre; elle eut un de ces accidents à l'oreille gauche, en juillet 1810. Elle ne fut point, comme à l'ordinaire, soulagée lorsque l'écoulement parut, mais elle continua à ressentir de la douleur, qui s'étendit au front. Je la vis pour la première fois le jour que l'écoulement parut; je la trouvai avec une douleur intense au front, de la difficulté à supporter la lumière, et quelques vomissements; son regard était abattu et son pouls donnait quatre-vingt-quatre pulsations. Les saignées, les purgatifs, les vésicatoires et le mercure, furent employés sans soulagement. Le deuxième jour, le pouls donnait soixante pulsations; le troisième, il y eut un délire court et

passager, de la stupeur et de légères convulsions. Elle se plaignit une fois ou deux de douleur dans le derrière de la tête, mais sa douleur principale était toujours au front. Elle se tenait constamment les deux mains appuyées sur cette partie, poussant des cris, parce qu'elle n'obtenait pas le moindre soulagement. Le quatrième jour, le pouls donna de quatre-vingts à quatre-vingt-six pulsations; il ne survint aucun changement dans les symptômes; il y avait de l'accablement, mais point de coma. Le cinquième jour, elle conservait ses facultés, lorsqu'elle mourut subitement dans l'après-midi, sans avoir présenté ni strabisme, ni cécité, ni coma; le pouls resta au-dessous de quatre-vingt-dix pulsations. L'écoulement, par l'oreille gauche, ne discontinua pas; il s'était même formé une petite ouverture derrière le pavillon de l'oreille, qui fournissait aussi un écoulement purulent.

Ouverture du cadavre. — Il y avait dans les ventricules du cerveau une quantité considérable de fluide incolore; le cerveau était d'ailleurs sain. On trouva dans le lobe gauche du cervelet un abcès considérable, qui contenait une matière purulente d'une fétidité insupportable; la dure-mère qui correspondait à cette partie du cervelet était épaissie et spongieuse, l'os adjacent était ramolli et légèrement carié à sa surface; mais il n'existait aucune communication avec la cavité de l'oreille. Le conduit fistuleux qui s'était ouvert derrière l'oreille communiquait avec le conduit auditif externe.

Obs. IV. Une demoiselle de quinze ans avait été pendant six à sept ans sujette à des attaques de douleurs à l'oreille droite, suivies d'un écoulement par le canal auditif; mais elle n'en avait point éprouvé depuis plusieurs années lors de l'invasion du mal qui fait le sujet de cette observation. Le 25 avril 1822, elle eut le frisson toute la journée : le soir elle

fut prise de céphalalgie et de douleur à l'oreille droite. Ces accidents continuèrent le lendemain toute la journée. M. Brown, qui la vit le 28, la trouva avec le pouls accéléré et la langue saburrhale. Elle ressentait une violente douleur dans l'oreille et une légère céphalalgie. Le 29, il survint un peu d'écoulement par l'oreille, mais la douleur ne diminua point, elle continua avec violence le jour suivant. Le 1er mai, la douleur d'oreille avait légèrement diminué, mais elle s'était étendue à tout le côté droit de la tête; le pouls était fréquent; on avait eu recours aux saignées générales et locales avec quelque soulagement.

Le 3 mai, je vis cette malade : la céphalalgie était alors plutôt moins intense; le pouls était fréquent et faible; la malade avait l'aspect de la pâleur et de la souffrance, elle avait le regard de l'accablement bien voisin du coma. La douleur était rapportée aux parties déjà indiquées et derrière l'oreille droite. En ce lieu les téguments étaient douloureux à la pression; près de l'apophyse mastoïde on remarquait un point saillant sur lequel on plongea une lancette qui n'amena aucun liquide. On conseilla une saignée locale et un vésicatoire au même endroit. Le 4 mai au matin, le pouls donnait cent quarante-huit pulsations; dans le cours de la journée il tomba à quatre-vingt-quatre; l'aspect de la malade était celui de la langueur et de l'épuisement. Le 5, une matière grisâtre d'une fétidité intolérable commença à s'écouler de la plaie de la ponction qui avait été faite derrière l'oreille. On agrandit un peu cette ouverture, et l'on reconnut, en l'explorant avec une sonde, que l'os était dénudé et rugueux dans une étendue considérable; la céphalalgie était beaucoup diminuée, le pouls était naturel. Le 6, écoulement abondant par l'ouverture, céphalalgie beaucoup diminuée, pouls à cent douze pulsations. La malade se plaignit de douleur dans le côté gauche du thorax, et il s'était manifesté une diarrhée abondante. Le

7, il n'y avait plus de céphalalgie; il s'écoulait une grande quantité de matière fétide de l'ouverture fistuleuse; un stylet qu'on y introduisit, passa en arrière et en bas sous les téguments du col jusqu'au voisinage de l'épine. Le 8, la douleur thoracique était devenue telle qu'il fallut recourir à une petite saignée qui soulagea faiblement. La faiblesse ne pouvait être portée plus loin, le pouls battait cent quarante fois par minute. Le 9, elle se trouvait mieux et ne se plaignait d'aucune douleur. Le pouls était très-fréquent et les forces défaillantes. Elle périt le 10.

Ouverture du cadavre. — Tout le cerveau était parfaitement sain, excepté dans une partie très-circonscrite du côté droit, près de l'oreille, où il était d'une couleur gris de plomb, couleur qui ne pénétrait cependant pas au-delà d'une couche très-superficielle. L'os temporal droit était extérieurement dénudé dans une grande partie de son étendue; intérieurement il était en plusieurs points rugueux et brunâtre, et il y avait une petite quantité de matière brune entre lui et la dure-mère. Cette membrane était en ce point, dans une grande étendue, épaissie, spongieuse et altérée. Les parois du sinus latéral droit étaient considérablement épaissies dans toute leur étendue, et la capacité du sinus était beaucoup diminuée par la formation d'une couche semblable à celle qui revêt les parois d'un sac anévrismal; l'oreille interne contenait une matière brunâtre; la cavité pleurale gauche était remplie par plus d'une livre de matière puriforme. Le poumon gauche était affaissé, dense, brunâtre, et revêtu d'une couche de lymphe coagulable.

Ces faits suffiront pour faire connaître la maladie grave et insidieuse dont ils offrent des exemples. Plusieurs observations analogues ont été recueillies par M. Itard dans son *Traité des maladies de l'oreille*; mais elles n'offrent aucune variété importante dans les phénomènes morbides.

Dans un cas, la maladie était compliquée d'une parotide considérable, dont la tuméfaction s'étendait à tout un côté de la face; le malade sentait des douleurs lancinantes profondes dans les deux oreilles; la maladie devint fatale en huit jours par des accidents comateux. On trouva beaucoup de matière purulente dans l'oreille interne et dans la trompe d'Eustachi, avec une inflammation et un épaississement de la dure-mère. Les produits de cette inflammation étaient déposés en grande quantité entre la dure-mère et l'os.

La terminaison par le coma de la maladie qui nous occupe est quelquefois subite et inattendue. J'ai vu dernièrement un homme d'environ soixante ans, qui avait gardé la chambre pendant peu de jours pour une légère douleur dans une oreille; cette douleur était limitée dans l'espace qu'il circonscrivait en plaçant l'extrémité de ses doigts autour du pavillon de l'oreille, de manière à indiquer une surface d'environ trois pouces de diamètre. Il n'existait du reste aucun accident général, et l'on n'apercevait aucun danger imminent, lorsqu'un matin il fut trouvé dans un état de coma complet. Il mourut dans l'après-midi. Il était moribond lorsque je le vis, et je ne pus ensuite obtenir l'ouverture du cadavre : c'était à la campagne, à une certaine distance de la ville.

Cette maladie peut aussi devenir subitement fatale sans qu'il survienne de coma. Un jeune homme dont l'histoire a été consignée par le docteur Powel dans le t. v *des Transactions du Collége des Médecins d'Edimbourg*, était sujet à des écoulements purulents de l'oreille avec surdité. Il fut pris d'une douleur profonde de l'oreille droite, sans fièvre; un topique narcotique procura quelque soulagement, mais la douleur continua avec l'écoulement fétide. Le septième jour de cette maladie, après un violent paroxysme de fièvre, il s'affaiblit rapidement et périt. A l'ouverture du corps, le rocher fut trouvé noir et carié, la dure-mère correspon-

dante était aussi noire, ramollie et séparée de l'os, et sous la dure-mère se trouvait une collection de plusieurs onces de pus et de lymphe coagulable qui couvrait toute la surface supérieure de l'hémispère droit. M. Parkinson a rapporté, dans le *London medical Repository* de mars 1817, une observation recueillie sur un garçon de quatorze ans, qui était atteint de céphalalgie et d'écoulement par l'oreille droite, depuis deux mois. Un semaine avant la mort, la douleur augmenta et s'accompagna de grande faiblesse, d'étourdissements et de quelques vomissements. Cet état continua sans stupeur et sans aucun autre accident remarquable jusqu'au jour de la mort; cet enfant fut alors subitement pris de convulsions et périt. On trouva un abcès au centre de l'hémisphère droit du cerveau, et un autre dans le cervelet. Il y avait une carie étendue du rocher avec épanchement de trois onces environ de liquide dans les ventricules [1].

Cette maladie se manifeste le plus souvent sur des individus qui ont déjà été affectés d'écoulements purulents par les conduits auditifs, de suppuration profonde derrière les oreilles. On observe souvent dans ce lieu des abcès si profonds qu'une sonde peut pénétrer à une grande profondeur dans les cellules mastoïdiennes; cette maladie est en général scrophuleuse et très-lente dans sa marche; elle se ter-

[1] Les Obs. II, III, et cette dernière de M. Parkinson, ont présenté un phénomène qui, s'il n'est pas constant, est du moins très-fréquent dans les phlegmasies encéphaliques qui affectent la substance du cervelet; nous voulons parler des nausées et des vomissements. Ce serait aller beaucoup au-delà des conséquences des faits que de considérer ce symptôme comme pathognomonique des affections du cervelet, lorsqu'il se trouve d'ailleurs joint aux autres accidents qui caractérisent les encéphalites. Ce symptôme manque en effet quelquefois, et il se présente aussi, comme nous aurons occasion de le faire voir dans une autre note, dans des maladies cérébrales qui n'ont pas leur siége dans le cervelet. Il faut néanmoins considérer ce symptôme comme d'une grande valeur, pour faire penser que le siége du mal est dans le cervelet.

A. N. G., *trad.*

mine quelquefois d'une manière fatale, par l'extension de la phlegmasie à la dure-mère.

Les produits morbifiques de cette maladie, qu'ils se forment dans la substance cérébrale elle-même, ou entre les membranes encéphaliques, s'écoulent quelquefois par l'oreille, par où la perforation ulcérative de la dure-mère et la carie de l'os leur a ouvert une issue. On voit quelquefois alors les symptômes les plus alarmants céder d'une manière inattendue; mais ce soulagement n'est en général que temporaire. Le malade continue à rester sujet aux douleurs, et les douleurs sont suivies de nouvelles matières s'écoulant par l'oreille; il tombe à la fin dans un coma mortel qui se manifeste souvent par une abolition graduelle des facultés, par des tremblements ou par des convulsions générales.

Dans quelques cas de l'espèce dont nous parlons, on est fondé à penser qu'il s'est établi, depuis un temps assez long, une communication entre l'oreille et un foyer morbide dans le crâne, et que l'écoulement qui s'est fait de temps en temps de la matière accumulée dans ce foyer a retardé la terminaison fatale de la maladie. Chez un petit garçon dont M. Brodie a recueilli l'observation, il y avait dans l'hémisphère gauche du cerveau un kyste d'environ trois pouces de diamètre, contenant un pus brunâtre et épais; ce foyer portait par sa partie inférieure sur le rocher, et communiquait avec l'oreille par un canal qui traversait la dure-mère et l'os : ainsi s'était formé un trajet de communication entre la cavité de ce foyer et le méat auditif externe [1].

On observe des cas qui feraient croire que le soulagement, suite de l'écoulement par l'oreille, a été permanent. Il y a plusieurs années qu'une jeune fille d'Edimbourg, après avoir éprouvé vers la tête les accidents ordinaires dans ces affections, tomba dans un état de coma complet, dans le-

[1] *Transactions of a Society for the Improvement of Medical and Surgical Knowledge*, vol. III.

quel elle resta pendant trois ou quatre jours, durant lesquels on la considéra comme dans un état désespéré; les médecins furent tout étonnés de la trouver un jour assise et ne se plaignant plus d'aucune douleur. Un écoulement abondant s'était effectué par l'oreille, et avait été immédiatement suivi du soulagement de la malade, dont la bonne santé ainsi rétablie ne fut plus troublée. Nous n'avons cependant pas la certitude que dans ce cas l'écoulement provînt de la cavité encéphalique, car on est fondé à croire qu'une suppuration abondante, née dans la cavité du tympan, peut déterminer les accidents les plus graves, surtout si les produits morbifiques ne trouvent point d'issue. Dans un cas de cette espèce, cité par M. Itard, le produit de la suppuration, après avoir déterminé par son accumulation les plus graves accidents, s'échappa par la trompe d'Eustachi, et, par son écoulement constant par cette voie, produisit une angine et une grande irritation au larynx. Après un soulagement incomplet ainsi obtenu, les accidents vers la tête et vers l'oreille se renouvelèrent, et furent à la fin guéris par la ponction de la membrane du tympan.

On observe quelquefois vers les fosses nasales des accidents semblables à ceux dont nous venons de signaler la manifestation vers les oreilles. Après une douleur au front et un écoulement purulent par le nez, on voit le malade devenir égaré, tomber ensuite dans le délire, et périr enfin dans le coma. On trouve alors l'os ethmoïde carié et la dure-mère correspondante malade; du pus est épanché entre elle et le cerveau, qui est quelquefois lui-même le siége d'un abcès. Bonet et Lieutaud ont réuni plusieurs faits de cette espèce. Morgagni a rapporté le cas d'un prêtre qui fut pris de fièvre, de délire, de douleur frontale et de convulsions bientôt suivies de coma, dont il ne sortit que par un écoulement de matière purulente par le nez. Un fait semblable, observé sur une fille de quatorze ans, est

mentionné par Manget. Nous nous garderons néanmoins d'assurer que, dans ces cas, ce fût véritablement du crâne que provenait la matière qui s'écoulait par le nez; des symptômes tout aussi violents et de même espèce que ceux que les malades ont éprouvés, peuvent dépendre de la suppuration du sinus frontal.

Ces écoulements par le nez guérissent généralement bien; cependant Richter a rapporté un cas [1] dans lequel le produit de la suppuration survenue dans le sinus frontal se fit jour dans la cavité du crâne, et devint cause de la mort. D'autres fois ces produits morbifiques se fraient un passage au travers de l'os frontal; il en résulte une ouverture fistuleuse, par laquelle un fluide puriforme s'écoule bien longtemps avant que la maladie ne guérisse. On a aussi recueilli quelques faits dans lesquels des vers, dans le sinus frontal, furent la source des accidents les plus alarmants, qui ne guérirent que par la sortie de ces parasites. Dans un cas de cette espèce, observé par Littre, il y eut de violentes convulsions [2].

Il n'entre point dans notre plan de traiter des cas dans lesquels la dure-mère s'enflamme par son contact avec une maladie de l'os provenant d'une cause externe. La maladie qui nous occupe peut survenir sur un point du crâne sans aucune cause morbifique externe, et elle s'y annonce par des symptômes analogues à ceux que nous avons déjà mentionnés. Il y a quelques années qu'un homme d'Édimbourg offrit un exemple remarquable de cette lésion; cet homme, d'un âge moyen, mourut dans le coma après une courte indisposition. A l'ouverture du crâne, on trouva une collection purulente sous le muscle temporal; cette collection communiquait au travers de l'os carié et perforé, avec un abcès formé dans la substance du cerveau. Borsieri parle d'une

[1] *Observat. chir.*, *Fasc.* 2.

[2] *Hist. de l'Acad. des Sciences*, pour 1708.

femme qui, après avoir éprouvé, pendant une quinzaine de jours, une vive douleur dans le côté gauche de la tête, fut atteinte d'un gonflement et d'une inflammation du sourcil gauche, et des paupières et de la joue du même côté. Au bout de quelques jours la suppuration s'établit; il s'écoula une grande quantité de matière, et la malade perdit la vue de l'œil gauche. Quelques jours s'écoulèrent encore, au bout desquels elle fut prise de convulsions, et mourut dans le coma. A la dissection du cadavre, on reconnut que le foyer extérieur tirait sa source d'un abcès qui s'était formé dans le crâne, derrière l'orbite; le pus avait pénétré dans le fond de cette cavité, entre l'os et le globe de l'œil qui n'était point malade; le foyer intérieur était très-étendu, et communiquait très-librement avec la cavité orbitaire.

On a recours avec succès, dans des cas de cette espèce, à l'application du trépan, qui en donnant issue au produit de l'inflammation, a amené la guérison de la maladie. Morand rapporte, dans ses *Opuscules de Chirurgie*, une observation recueillie sur un moine, qui avait depuis quelque temps un écoulement par l'oreille droite, avec une douleur violente qui occupait tout le côté droit de la tête. Il se forma derrière l'oreille une tumeur qui s'étendait vers la tempe; cette tumeur s'abcéda et fut ouverte; une sonde qu'on y introduisit pénétra par un trajet fistuleux, effet de la carie, jusque dans la cavité du crâne. Le trépan appliqué à ce point mit à découvert un foyer de suppuration dans le crâne. On en retira une tasse à thé de fluide; l'écoulement diminua graduellement, et le malade fut guéri dans deux mois. M. Roux a consigné, dans le t. XII du *Nouveau Journal de Médecine*, l'histoire d'un garçon de treize ans, qui, après avoir reçu un coup sur la partie postérieure de la tête, eut une ouverture fistuleuse, par laquelle s'effectuait un écoulement depuis quatre ans; il y avait des attaques de somnolence et de pesanteur à la tête, qui se terminaient en gé-

néral par un écoulement abondant de cette matière que l'on reconnut venir de la cavité crânienne au travers de l'os perforé. Après différents moyens de traitement mis en usage sans succès, on en vint à l'application du trépan; on reconnut ensuite une petite ouverture inégale de la dure-mère. Cette ouverture communiquait avec une cavité distinctement circonscrite par une adhérence entre la dure-mère et l'arachnoïde; il s'en écoula immédiatement environ trois onces de matière; le malade se rétablit, et les parties malades furent guéries au bout de deux mois.

La dure-mère semble beaucoup moins sujette à l'inflammation idiopathique que les autres membranes encéphaliques. On a cependant recueilli différents faits dans lesquels elle fut affectée dans une grande étendue sans aucune altération de l'os. Dans un cas, recueilli par Paw, de céphalalgie longtemps prolongée, qui se termina par des convulsions, la dure-mère fut trouvée érodée et perforée sous la suture sagittale; il existait aussi un abcès dans le cervelet. Rumlerus trouva la dure-mère érodée en plusieurs endroits sur un jeune homme qui périt dans l'état comateux et des convulsions. Plusieurs faits semblables ont été consignés dans les *Miscellanea Curiosa* [1]. Haller a trouvé plusieurs fois la faux éro-

[1] Parmi les exemples de maladie de la dure-mère sans affection du crâne, consignés dans le *Recueil des Curieux de la nature*, le suivant est des plus remarquables : Un capitaine employé au siége d'une place tomba tout à coup sans parole. Cet accident fut attribué au passage d'un boulet auprès de sa bouche. Revenu à lui, ce malade se plaignit toujours d'une douleur obtuse à la tête et d'un tintement d'oreilles. Six ans après, il devint épileptique et mourut en peu de temps. A l'ouverture du cadavre, on trouva la dure-mère gangrenée (*sphacelata*) auprès de la suture coronale. Sur le milieu du cerveau, près de la faux, existait un os très-aigu qui fut probablement la cause, par sa pointe, dit l'auteur de l'observation, de l'inflammation et de la compression de la dure-mère. Il n'existait aucune cicatrice, ni aucune trace de fracture au crâne. (Ant. Pozzis, *Misc. nat. Curi.*, an IV, OBS. XCV.)

On trouve aussi dans l'ouvrage de Morgagni une observation intéressante sur un cas de cette espèce; la voici : Une pauvre femme, jeune encore,

dée et perforée de larges trous, et les hémisphères du cerveau adhérents en ces points l'un à l'autre [1].

La quatrième observation que nous avons rapportée, a présenté un circonstance digne de remarque qui n'a jusqu'à présent que peu fixé l'attention; je veux parler de l'obstruction du sinus latéral. Le fait suivant est encore un exemple remarquable de cette maladie; quoiqu'elle ait été aussi, chez ce sujet, compliquée avec une affection de l'os, l'état morbide du sinus était cependant la lésion principale reconnue à l'ouverture du corps.

Obs. V. Une jeune fille de seize ans avait, le 3 août 1816, une violente céphalalgie qui s'étendait dans toute la tête; son regard était abattu; elle se plaignait de pesanteur aux yeux; le pouls donnait cent vingt pulsations; la face était pâle. Elle était sujette à une suppuration des oreilles, et l'oreille gauche était, depuis trois semaines, le siége d'un

était devenue folle de chagrin de la mort de son mari. Elle parcourait les rues depuis quelques années, ne faisant de mal à personne, mais exposée aux risées des méchants. On rapportait qu'elle était accouchée depuis quelques mois, quand elle fut frappée à la tête avec un verrou de fer par un enfant. Dix ou douze jours après elle mourut à l'hôpital avec des signes de lésion cérébrale. Morgagni exprime ainsi les désordres qu'il trouva à l'ouverture de son cadavre : « *Etsi cranium erat integrum, pus tamen inter ipsum et crassam menyngem, et hæc præterea quasi sphacelo affecta deprehensa est.* (*Epis. anat. med.*, LII, art. IV.) A. N. G., *trad.*

[1] Les perforations que l'on rencontre assez fréquemment au travers de la faux cérébrale, et dont Haller a en effet parlé, ne sont point des effets de maladie ou au moins de maladie actuelle. L'arachnoïde qui tapisse la faux se prolonge par ces trous, qui semblent n'être qu'une variété anatomique. Il est très-ordinaire aussi que le feuillet viscéral de l'arachnoïde envoie, par ces ouvertures, un prolongement d'un hémisphère à l'autre, et il n'est pas rare aussi que ce prolongement revête des vaisseaux passant ainsi de l'un à l'autre côté. C'est cette disposition que M. Abercrombie semble considérer comme l'effet d'une adhérence morbide. Il n'y a là qu'une simple disposition anatomique particulière, qui ne coexiste avec aucune trace de maladie, et qui se rencontre sur des individus qui n'ont jamais éprouvé aucun accident, ni récent ni ancien, du côté de l'encéphale. A. N. G. *trad.*

écoulement; elle se plaignait de céphalalgie depuis quinze jours, et elle gardait le lit depuis deux. La saignée, les purgatifs et le vésicatoire, furent employés le 3 et le 4 août, avec un soulagement très-marqué, mais temporaire. Le 5 août, la céphalalgie était moindre; il y eut quelques vomissements et plusieurs frissons violents. Le pouls donna cent douze pulsations. Le 6, le pouls était tombé à quatre-vingt-quatre, la céphalalgie avait plus d'intensité, et était limitée à la partie postérieure de la tête, les yeux étaient pesants, les pupilles un peu dilatées. On ouvrit l'artère temporale, on donna des purgatifs et l'on établit un exutoire. Le 7, le pouls battait le matin quatre-vingt-quatre fois, et le soir, cent vingt. La céphalalgie continuait, le regard était hébêté. Le sang tiré la veille de l'artère temporale, était couenneux. Le 8 et le 9, le pouls varia de cent vingt à cent quarante pulsations. Il y eut beaucoup de douleur à la partie postérieure de la tête et dans le cou. Le 10 et le 11 août, le pouls varia de cent trente à cent quarante pulsations; il y eut une stupeur considérable, et par instants du délire. La céphalalgie, limitée à la partie postérieure de la tête, ne cessa pas. Le 12, l'état comateux se manifesta, mais la malade en sortait lorsqu'on l'excitait. Elle répondit distinctement aux questions qu'on lui adressa, et elle reconnut tous ceux qui l'entourèrent, jusqu'à quelques minutes avant sa mort, qui arriva vers le milieu du jour.

Ouverture du cadavre. — La pie-mère présentait des vaisseaux en aussi grand nombre que si elle eût été injectée avec le plus grand soin. Les veines de la surface du cerveau étaient gorgées de sang. Dans un point vers la partie postérieure de la surface du cerveau, il y avait une très-petite extravasation de sang sous la pie-mère. Point d'épanchement séreux ni de trace de maladie du tissu cérébral. Le sinus latéral gauche était remarquablement altéré dans toute sa longueur. On en faisait sortir du pus et une petite quantité

de matière comme caséeuse en le comprimant. Il ne contenait pas de sang. Ses parois étaient très-épaissies, et sa surface interne était brune, rugueuse et comme fongueuse; dans un point même, sa cavité était presque oblitérée. La maladie s'étendait dans le pressoir d'Hérophile, et affectait à un faible degré la terminaison du sinus longitudinal. Derrière le rocher, près du trou déchiré et sur le trajet du sinus latéral gauche, une portion de l'os, environ de diamètre d'un shilling, était d'une couleur bleuâtre et cariée à sa table interne. C'est dans ce point que la lésion, dont le sinus était le siége, était la plus prononcée. La portion auditive de l'os était cariée dans une grande étendue, et ses cellules étaient remplies d'une matière purulente, et communiquaient librement avec la cavité de l'oreille.

On peut se demander si la maladie du sinus, qui fut trouvée à l'ouverture du corps du sujet de notre observation IV, était récente, et quelle influence elle a eue dans la production des symptômes de la dernière attaque qui fit périr la malade. Prichard a rencontré une semblable altération du sinus sur une femme qui avait été épileptique pendant deux ans, et qui périt dans un accès sans aucun autre accident que ceux qu'elle éprouvait ordinairement. Il a décrit en ces termes l'état dans lequel il trouva le sinus latéral gauche : « Il » était rempli, dans toute sa longueur, d'une substance qui » différait beaucoup d'un coagulum récent, et qui consistait » en apparence en une lymphe coagulable qui commençait à » s'organiser. Cette lymphe remplissait si complétement le » canal du sinus qu'elle y avait entièrement empêché le pas» sage du sang. » Il n'existait, du reste, dans le cerveau, aucune autre apparence morbide, excepté une très-petite quantité de sérosité [1].

L'inflammation lente et chronique de la dure-mère dé-

[1] Prichard, *On Diseases of the nervous System*, p. 175.

termine l'épaississement de cette membrane et le dépôt d'une matière nouvelle entre ses lames. Le fait suivant est un exemple remarquable d'une lésion qui semble s'être formée de cette manière.

Obs. VI. Un homme de soixante ans était, depuis deux ans, sujet à des étourdissements accompagnés d'une perte complète de toute puissance musculaire, au point que, s'il n'était soutenu, il tombait à terre. Il ne perdait cependant pas entièrement connaissance dans ses attaques, et il se rétablissait entièrement en peu de minutes. Avant le commencement de ces accidents, il était sujet à une vive douleur de tête avec frisson; mais ces attaques se dissipaient généralement par le vomissement. Il conservait toutes ses facultés intellectuelles, mais il avait considérablement perdu de son embonpoint et de ses forces. Bientôt il sentit que sa marche était chancelante, et il craignit de sortir seul; depuis quelques mois, il avait une faiblesse toujours croissante des extrémités inférieures. Le 1er août 1816, il fut attaqué d'un hémiplégie du côté gauche, accompagnée de céphalalgie et d'étourdissements; le pouls était naturel et les facultés intellectuelles n'étaient nullement altérées. Cette hémiplégie resta tout-à-fait complète pendant quatre jours; il commença ensuite à reprendre un peu de mouvement dans les membres. Le 15, il pouvait porter la main à sa tête, et il marchait un peu avec un appui, mais il se plaignait d'étourdissements et de tintements d'oreilles; il n'avait cependant que peu de céphalalgie. On l'avait saigné, et on lui avait administré les remèdes ordinaires dans ces cas. Le 19, il eut une céphalalgie considérable, et le 20, il tint des propos incohérents. Le 21, il tomba dans le coma, et eut quelques convulsions. Le 22, il était dans un état beaucoup plus satisfaisant, au point qu'il reconnaissait ceux qui l'entouraient, et qu'il répondait raisonnablement aux questions

qu'on lui adressait; mais il retomba dans le coma la nuit suivante, et il mourut le 23. Dans les trois derniers jours de sa vie, le pouls avait présenté de cent douze à cent vingt pulsations.

Sur la partie supérieure de l'hémisphère droit du cerveau se trouvait une tumeur de cinq pouces et demi de long sur deux pouces et demi de large et environ un demi-pouce d'épaisseur. Cette tumeur était formée par un écartement des lames du la dure-mère, entre lesquelles était déposé un produit morbide. Ce produit était postérieurement blanc et dense; dans les autres points, et spécialement au centre de la tumeur, c'était une lymphe coagulable de formation plus récente, dense, jaune et demi-transparente; la partie antérieure de la tumeur contenait une cavité remplie d'un fluide séreux jaunâtre. Cette tumeur reposait d'avant en arrière sur la partie supérieure de l'hémisphère droit, son bord interne était à environ un demi-pouce de la faux. Autour de cette tumeur la dure-mère était considérablement épaissie. Les parois du sinus longitudinal l'étaient également. La surface du cerveau qui correspondait à cette tumeur était déprimée et en conservait l'empreinte; la substance cérébrale à la partie antérieure du cerveau était considérablement ramollie, et offrait quelques apparences de suppuration. Une très-petite quantité de sérosité se trouvait épanchée; aucune autre partie du cerveau n'offrait de trace de maladie.

Je n'ai trouvé dans aucun auteur aucun fait précisément semblable à celui que je viens de rapporter. Le cas qui s'en rapproche le plus pour ses symptômes, se trouve décrit par Lancisi dans son *Traité sur les morts subites*. Le malade sur lequel il a été observé présenta des paroxysmes qui semblaient tenir à la fois de la syncope et de l'apoplexie, quelquefois avec hémiplégie et d'autres fois avec convulsions. La pie-

mère fut trouvée fort épaissie et couverte d'une sorte de pus mal élaboré.

Willis a rencontré un épaississement remarquable de la dure-mère à la base du crâne sur une jeune femme qui avait été sujette à une violente céphalalgie qui augmentait à l'époque de ses règles, et qui était alors accompagnée d'une distorsion du cou d'un côté. Cette femme avait eu aussi des attaques de vertiges et de lipothymies, après lesquelles elle périt dans le coma. Morgagni a recueilli des faits semblables.

Un petit garçon de six ans, sujet d'une observation rapportée par M. Paisley, dans le troisième volume des *Essais de Médecine d'Edimbourg*, fut pris d'une douleur dans un point particulier du côté gauche de la tête; cette douleur fut suivie d'assoupissement, et devint fatale le douzième jour, avec les accidents ordinaires de l'hydrocépale. Au point correspondant à la douleur on trouva une tumeur du volume d'une grosse noisette, formée par la séparation des lames de la dure-mère et par le dépôt entre elles d'une sérosité sanguinolente liquide. On remarquait plusieurs tumeurs semblables, mais moins volumineuses, sur le côté gauche du trajet du sinus longitudinal. Outre ce liquide, ces tumeurs contenaient un grand nombre de petits corps blancs comme des vers; au point où elles s'étaient formées, la dure-mère adhérait très-fortement aux membranes adjacentes. Il y avait un épanchement abondant sous l'arachnoïde et dans les ventricules.

Note du Traducteur sur les signes de l'inflammation de la dure-mère.

Trouvera-t-on, dans les observations réunies dans cette section par M. Abercrombie, des caractères suffisants pour établir le diagnostic des inflammations de la dure-mère d'une manière bien certaine? Non, sans doute, si l'on exige, pour arriver à ce résultat, des signes véritablement pathognomoniques; mais si l'on s'arrête à des symptômes rationnels, en sé-

parant, par analyse, les phénomènes qui dépendent évidemment de l'état d'inflammation de la séreuse cérébrale, et même de la pulpe du cerveau, des autres symptômes, on trouve dans ces faits des données suffisantes pour établir, avec beaucoup de probabilité, que le mal a son siége dans la tunique fibreuse ou fibro-séreuse qui revêt les parois de la cavité encéphalique. Il est facile de voir en effet que le délire, la perte de mémoire, la fièvre intense, le coma, les convulsions, ne se sont manifestés dans aucun des cas réunis dans cet ouvrage, que lorsque la maladie a gagné l'encéphale ou ses annexes immédiates. Tant que l'inflammation est restée limitée à la dure-mère, aucun de ces phénomènes ne s'est montré, et même chez quelques-uns des sujets de ces observations, aucun des accidents que nous venons de signaler ne s'est manifesté, parce que le mal n'a occupé que la dure-mère ou l'os adjacent, tandis que chez ceux où ces accidents sont survenus, la maladie a pris la marche propre aux maladies des autres parties du cerveau, qui se sont trouvées affectées après la mort, dès l'instant où ces accidents ont été observés. Si nous faisons abstraction de ces accidents, il ne reste plus, pour symptôme propre aux inflammations de la dure-mère, que la douleur locale correspondant au siége de la maladie.

Cette douleur n'est cependant point pathognomonique, car elle s'observe dans les inflammations des autres membranes encéphaliques, où nous la trouvons encore comme le symptôme le plus constant; mais lorsqu'elle ne s'accompagne d'aucun mouvement fébrile soutenu, qu'elle ne coexiste ni avec le délire, ni avec des mouvements spasmodiques ou convulsifs, qu'elle reste fixe et circonscrite dans une partie assez limitée du crâne, on est fondé à la regarder comme indiquant une inflammation de la dure-mère ou du feuillet séreux qui la tapisse; car il est difficile, et peut-être même impossible, de considérer séparément l'inflammation de ces deux tuniques.

La douleur fixe d'un point de la tête, qui n'est pas constante, comme on l'a vu par l'Obs. I, où elle ne s'est pas montrée, mais qui est le phénomène le plus fréquent, est surtout importante à remarquer pour le diagnostic de l'inflammation de la dure-mère dans le cas où il est le plus utile de reconnaître cette inflammation pour y porter remède, c'est à dire dans les phlegmasies chroniques de la dure-mère, les seules qui exigent un traitement particulier et différent des autres phlegmasies cérébrales. Lors donc qu'un individu éprouve depuis long-temps une douleur fixe dans un point de la tête, si à cette douleur se joignent des symptômes de coma ou de compression du cerveau, par lesquels la vie du malade se trouve décidément compromise, on a à examiner si les secours de la chirurgie ne peuvent pas être utilement invoqués pour aller à la recherche des produits que la maladie encéphalique locale a pu faire naître. Nous ne pensons pas que dans l'état actuel de la science on soit fondé à recourir à ces derniers moyens sur ces seuls signes diagnostiques; mais il est évidemment indiqué de les employer si le malade n'a été affecté qu'à la suite d'une cause externe qui ait porté sur le point qui est le siége de la douleur, et surtout si une

fistule ouverte au travers de l'os est la preuve évidente et pathognomonique de l'existence du mal.

La dure-mère remplit à l'égard des os du crâne la même fonction que le périoste ou la membrane médullaire pour les autres os, puisque, si l'on enlève une portion de la voûte crânienne, elle ne se reforme que par la dure-mère et à la surface de la dure-mère dénudée, et si l'on enlève une portion de cette membrane, l'os se nécrose à sa table profonde. Il résulte de ces rapports, que la maladie de la dure-mère ne peut se prolonger long-temps sans amener la maladie de l'os, surtout si le mal occupe la surface crânienne de cette fibreuse, et que les maladies de l'os amènent aussi la maladie de la dure-mère. Nous trouvons dans ces circonstances la raison de la coïncidence si habituelle de la carie des os du crâne et de la maladie de la dure-mère, et par conséquent aussi l'indication précise d'agir sur l'os, lorsqu'on a des indications assez précises pour qu'il soit très-probable que la dure-mère est malade dans un point déterminé.

Les maladies de la dure-mère, comme celles du périoste, ont nécessairement une marche très-lente qui dépend de la texture fibreuse de cette membrane; elles ne déterminent la mort, au moins à en juger par les faits encore peu nombreux, à la vérité, qui existent dans le domaine de l'art, que par la propagation du mal aux autres membranes cérébrales ou au tissu du cerveau, ou bien encore en produisant des liquides morbifiques qui agissent sur l'encéphale, soit comme corps irritant, soit comme corps comprimant. Empêcher la maladie de s'étendre dans la tête, prévenir la formation des produits morbifiques, les soustraire s'ils existent, par des moyens chirurgicaux, telles sont les indications à remplir; et ces indications se déduisent spécialement des causes locales, des symptômes locaux, et de considérations tirées de la structure des parties malades, osseuses et fibreuses, et de leurs rapports réciproques. C'est paticulièrement sous ce point de vue que la marche lente et chronique des inflammations des tissus fibreux, comparativement aux inflammations même très-chroniques des séreuses, mérite une grande considération dans le diagnostic et le pronostic des maladies de la dure-mère. A. N. G., *trad.*

SECTION IV.

DE L'INFLAMMATION DE L'ARACHNOÏDE ET DE LA PIE-MÈRE, OU DE LA MÉNINGITE.

Nous ne séparerons point l'inflammation de l'arachnoïde de celle de la pie-mère. Ces phlegmasies sont très-difficiles à reconnaître en pratique; et comme ces deux membranes sont ordinairement enflammées à la fois, il est très-probable que les tentatives que l'on ferait pour assigner à l'inflamma-

tion de chacune d'elles des symptômes distincts, n'auraient que peu d'utilité. La phlegmasie de l'arachnoïde et de la pie-mère se termine le plus souvent par le dépôt d'une couche pseudo-membraneuse entre ces deux tuniques. Lorsque la fausse membrane s'étend uniformément sur les circonvolutions, on peut supposer qu'elle est le produit de la phlegmasie de l'arachnoïde, mais lorsqu'elle se prolonge profondément dans les intervalles de ces replis, il est probable que c'est la pie-mère qui a été le siége du mal; il est de fait qu'on remarque souvent dans ces cas que la pie-mère présente le plus haut degré d'injection vasculaire, quoiqu'il n'y ait aucune concrétion pseudo-membraneuse entre les circonvolutions. Il est d'ailleurs très-rare que l'on trouve dans l'arachnoïde une injection vasculaire remarquable, tellement que l'on reste quelquefois dans le doute si cette membrane a été réellement enflammée [1].

L'inflammation des méninges est fréquemment jointe aux autres maladies aiguës du cerveau; mais on la trouve si souvent isolée, que l'on peut indiquer les accidents qu'elle produit immédiatement. Ces symptômes ne se montrent pas d'une manière uniforme. Dans quelques cas, la maladie débute par la céphalalgie, les vomissements, la fièvre et la difficulté de supporter la lumière; mais le plus fréquemment, d'après mes observations, cette phlegmasie débute par une longue et subite attaque de convulsions. Cette attaque est quelquefois précédée d'une céphalalgie et de vomissements; mais d'autres fois elle n'est annoncée par aucun prodrome. Cette attaque de convulsions est en général longue et intense; elle est quelquefois immédiatement suivie du coma qui

[1] On peut consulter sur les caractères anatomiques des inflammations aiguës et chroniques de l'arachnoïde, mon *Histoire anatomique des inflammations*, t. 1, p. 86. On y trouvera, sur les différentes altérations de la séreuse encéphalique enflammée, des détails très-étendus que je ne puis donner ici parce qu'ils excéderaient les limites d'une simple note.

A. N. G., *trad.*

alterne avec des retours de convulsions jusqu'à la terminaison funeste qui arrive en peu de jours. D'autres fois le malade se rétablit après le premier accès convulsif; il paraît très-bien se porter pendant quelques heures, et même pendant plusieurs jours; mais le coma paraît ensuite après de nouvelles convulsions, ou sans en être précédé. Il y a enfin des cas dans lesquels les convulsions ne se manifestent qu'à une période avancée de la maladie.

J'ai choisi les observations suivantes pour mettre en évidence les principaux phénomènes qui se manifestent dans cette maladie grave, soit chez les enfants, soit chez les adultes. Afin d'éviter une circonlocution, j'adopterai le mot *méningite*, pour exprimer la maladie que je définis une inflammation de l'arachnoïde, ou de la pie-mère, ou de ces deux membranes à la fois, et que je considère comme une affection distincte de l'inflammation de la dure-mère.

§. Ier. *Méningite simple se montrant sous la forme la plus ordinaire.*

Obs. VII. Un petit garçon de onze ans était, depuis une quinzaine de jours, dans une sorte d'abattement et de nonchalance, avec des vomissements fréquents qui se reproduisaient tous les jours, ou même qui revenaient plusieurs fois par jour; il avait en même temps de la constipation. mais il ne se plaignait d'aucune douleur, et il n'avait pas de fièvre. Le soir du 29 juin 1816, cet enfant fut atteint de convulsions violentes qui se renouvelèrent plusieurs fois. Dans les intervalles, il eut plusieurs vomissements et se plaignit de la tête; le pouls donnait soixante pulsations; les convulsions se renouvelèrent fréquemment la nuit suivante; dans les intervalles, il se plaignit qu'il perdait la vue. Vers le matin, les convulsions cessèrent, et le malade resta dans le plus profond coma, qui continua jusqu'au milieu de la journée du 30. Il commença alors à diminuer après d'abon-

dantes évacuations déterminées par un purgatif. Le soir, l'enfant avait recouvré toute sa sensibilité; il se plaignait de céphalalgie; le pouls donnait cent vingt pulsations par minute.

Le 1er juillet, les mêmes moyens de traitement furent continués, le soulagement s'accrut; il n'y eut plus de céphalalgie ni de vomissements; la langue était humide, le pouls donnait cent vingt pulsations.

Le 2, le pouls était à cent huit; le malade n'accusait plus aucune douleur; il y avait de la propension au sommeil; les pupilles étaient un peu dilatées.

Le 3, pouls à cent douze; le malade paraissait dans un état beaucoup plus satisfaisant; les yeux étaient dans l'état naturel; le ventre était libre; la langue nette; le sommeil naturel. Cet état s'améliora encore le lendemain, et le pouls tomba à cent huit.

Le 5, pouls à soixante-dix, attaque de vomissement, et vive douleur de tête : bientôt après, le petit malade tomba dans la stupeur; il jouissait de sa sensibilité lorsqu'on l'éveillait, mais il donnait des signes d'impatience de ce que l'on troublait son repos; il se plaignait de la tête; les yeux étaient dans l'état naturel; les vomissements se succédaient.

Le 6, coma complet avec des convulsions fréquentes; le pouls variait de cent vingt à cent soixante pulsations; le malade se pressait souvent le front d'une main et l'occiput de l'autre. Le lendemain, il passa toute la journée dans un coma profond, et mourut pendant la nuit.

Ouverture du cadavre. — Après l'incision de la dure-mère, on reconnut une teinte jaune sur différents points de la surface du cerveau. Cette apparence provenait de la présence d'une couche pseudo-membraneuse sur l'arachnoïde. Cette couche avait environ l'épaisseur d'un demi-shilling; elle était même plus épaisse dans quelques points, et des portions pseudo membraneuses très-considérables se prolongeaient entre les circonvolutions. On remarqua aussi une

assez grande quantité de cette matière pseudo-membraneuse entre les hémisphères qui étaient même ainsi agglutinés par places par cette substance. Le siége principal de ces produits de la maladie était la partie antérieure des deux hémisphères ; toute la base du cerveau, et spécialement l'intervalle des lobes; presque toute la surface du cervelet en était aussi tapissée. Ce produit pseudo-membraneux n'existait point à la partie postérieure du cerveau, où la pie-mère était évidemment enflammée. La surface de l'encéphale, dans tous les points correspondants aux lésions des méninges, semblait aussi enflammée ; mais la maladie ne pénétrait pas dans son épaisseur. On trouva un peu de liquide épanché à la base du crâne après que l'on eut enlevé le cerveau ; mais il n'y avait aucun épanchement dans les ventricules : du reste, tout l'encéphale était dans l'état normal.

Obs. VIII. Une fille de neuf ans s'éveilla subitement dans la nuit du 20 septembre 1817, se plaignant à grands cris d'une violente céphalalgie, et s'écriant qu'on lui avait donné un coup à la tête.

Le 21, douleur frontale qui n'est pas intense, et qui n'oblige pas la malade à garder le lit.

Le 22, peu de changement ; la journée se passe en partie au lit ; la douleur de tête persiste, mais les plaintes de la malade ne semblent pas alarmantes.

Le 23, attaque de convulsions violentes et prolongées, suivies immédiatement de coma profond.

Le 24, je la vois pour la première fois, et je la trouve dans le coma complet, les yeux ouverts et portés en haut, le pouls tout-à-fait naturel ; le lendemain elle était dans le même état ; elle mourut le 26.

Ouverture du cadavre. — A l'incision de la dure-mère on trouva les autres membranes très-vasculaires et fort injectées comme dans l'état d'inflammation. Cette apparence

était masquée dans des points où une fausse membrane jaune était étendue entre l'arachnoïde et la pie-mère. Cette production morbide était disposée en plaques irrégulières sur différentes parties de la surface du cerveau; mais elle était plus abondante à la surface supérieure de l'hémisphère droit; elle était en général de l'épaisseur d'un demi-shilling, et dans quelques points elle descendait entre les circonvolutions. On voyait aussi une pseudo-membrane considérable à la surface du cervelet. Une notable quantité de matière gélatineuse était épanchée autour des nerfs optiques, et environ une once de fluide coloré se trouvait dans les ventricules; la substance cérébrale était partout plus vasculaire que dans l'état normal.

Obs. IX. Une petite fille de deux ans fut prise subitement, le matin du 21 mai 1826, d'une attaque violente et prolongée de convulsions, qui la laissa dans un état d'abattement tel qu'elle ne semblait pas reconnaître les personnes qui l'entouraient; elle resta plusieurs heures dans cet état, et les convulsions reparurent; elles se reproduisirent, pour la troisième fois, la nuit suivante, où elles furent violentes et prolongées. Je la vis le 23, et pendant ma visite elle fut prise encore d'une violente et longue attaque de convulsions qui envahit toutes les parties du corps et particulièrement la face et les yeux, qui étaient horriblement contournés. La malade était pâle et semblait épuisée; le pouls était fréquent; il y avait eu d'abondantes évacuations abdominales provoquées par un purgatif prescrit par le docteur Beilby : les matières évacuées étaient noirâtres et non naturelles. Un nouveau purgatif fut administré; on eut recours aux saignées locales et aux applications froides sur la tête, et l'on appliqua un vésicatoire. Après cette attaque, la malade fut exempte de convulsions jusqu'à l'après-midi du 23. Dans cet intervalle, elle resta dans un état demi-comateux avec

des tressaillements fréquents, le pouls fréquent et faible, et une certaine dilatation des pupilles; elle prit un peu de nourriture. Dans l'après-midi du 23, les convulsions revinrent avec une grande violence; le 24, elles se succédèrent presque sans interruption pendant toute la journée; les forces s'épuisèrent, et la mort arriva de bonne heure dans la soirée.

Ouverture du cadavre. — La surface du cerveau après l'enlèvement de la dure-mère était couverte, en plusieurs points, d'une pseudo-membrane formée entre l'arachnoïde et la pie-mère. C'était particulièrement aux points correspondants aux intervalles des circonvolutions qu'on observait cette pseudo-membrane, qui paraissait en certains points pénétrer à une petite profondeur entre ces replis. L'arachnoïde détachée semblait saine; mais la pie-mère était, dans toute son étendue, au plus haut degré d'injection vasculaire, spécialement entre les circonvolutions, dont les espaces étaient tracés par une ligne très-tranchée d'un rouge vif lorsque l'on coupait le cerveau verticalement. Il n'y avait point d'épanchement dans les ventricules, ni aucune autre apparence morbide.

§. II. *Méningite d'une étendue extraordinaire, ne donnant lieu qu'à des symptômes très-obscurs.*

Obs. X. Un enfant de trois à quatre ans eut, dans le milieu de juin 1824, une scarlatine légère qui le retint au lit quatre ou cinq jours. Il ne quittait la chambre que depuis quelques jours, et il n'était sorti qu'une fois ou deux, lorsqu'il fut pris de fièvre et de coliques le 20 juin au soir. Un laxatif qui lui fut administré le 24, le soulagea beaucoup; cependant le pouls conserva de la fréquence. Le 25, il eut encore des coliques et de la fièvre; mais le soir il fut encore soulagé. M. White ne remarqua d'autre symptôme qu'une légère fréquence dans le pouls, et de la pesanteur dans les yeux. Le malade ne dormit pas pendant la nuit; mais il se plaignit encore du ventre; il fut purgé fortement, et le pro-

duit des évacuations n'offrit rien d'insolite. Le 26, il eut de fréquents vomissements, et le soir il était accablé; le pouls battait cent vingt fois par minute. Je le vis pour la première fois dans la nuit; il était alors dans un état d'accablement qui touchait évidemment au coma; on pouvait le réveiller, mais il était presque indifférent aux objets qui l'entouraient. Le pouls donnait cent vingt pulsations; le regard et l'aspect étaient naturels; on eut recours aux saignées locales, aux purgatifs, aux applications froides, etc. Il survint dans la nuit de fréquents vomissements; les laxatifs étaient rejetés, et aucune évacuation alvine ne survenait. Le 27, le coma avait augmenté, et il y eut dans la journée de fréquentes convulsions de la face et des bras; le pouls était à cent vingt pulsations, et il était faible; les pupilles étaient dilatées, et les yeux étaient insensibles à la lumière; la mort arriva le lendemain de grand matin.

On trouva à l'ouverture du cadavre toute la surface du cerveau couverte d'une couche pseudo-membraneuse jaunâtre, déposée entre l'arachnoïde et la pie-mère. Cette couche avait sa plus grande épaisseur vis-à-vis les intervalles des circonvolutions. Dans quelques points cette fausse membrane pénétrait dans les intervalles jusqu'à la profondeur d'un demi-pouce, et dans certains endroits, sur le côté droit du cerveau, cette couche accompagnait la pie-mère dans tout son trajet, dans toute la profondeur des circonvolutions. Cette concrétion était étendue à toute la surface du cerveau et à la partie supérieure et antérieure du cervelet; elle existait aussi à un degré remarquable autour des nerfs optiques. La pie-mère et l'arachnoïde avaient contracté, par l'intermédiaire de cette pseudo-membrane, de solides adhérences. Lorsque ces membranes furent séparées on remarqua que l'arachnoïde n'offrait aucune altération, mais que la pie-mère présentait dans toute son étendue une injection vasculaire au plus haut degré. Le dépôt pseudo-

membraneux était entièrement confiné dans l'intervalle des membranes; car on n'en trouvait pas vestige, soit à la surface libre de l'arachnoïde, soit à la surface profonde de la pie-mère. Il n'existait aucun épanchement séreux. Le cerveau et le cervelet étaient parfaitement sains; les intestins étaient en plusieurs points distendus par des gaz.

§. III. *Méningite d'une très-petite étendue annoncée par des symptômes violents.*

Obs. XI. Une petite fille de six ans fut prise, le 24 janvier 1822, d'une violente céphalalgie et de vomissements, avec une constipation opiniâtre qui résista pendant six jours aux purgatifs les plus actifs. Elle se plaignit constamment pendant ce temps de céphalalgie; les vomissements revinrent de temps en temps, mais ils ne furent pas intenses; le pouls variait de quatre-vingt-dix à cent pulsations. Le docteur Hay eut recours avec persévérance aux saignées générales et locales, secondées par les purgatifs les plus actifs ingérés dans l'estomac ou administrés en lavement. Le sixième jour, le ventre commença à s'ouvrir, et le dixième il y eut une diminution notable de tous les accidents; le pouls tomba à quatre-vingts ou quatre-vingt-dix pulsations, et la céphalalgie cessa presque complétement. Cet état avantageux dura deux jours; la céphalalgie reparut ensuite, et le jour suivant, treizième de la maladie, l'enfant eut beaucoup d'hésitation en parlant, et il se manifesta, par intervalles, un peu de delire. Le 14, il y avait de l'amélioration dans l'état de cette malade; mais elle se plaignait encore de céphalalgie qu'elle rapportait alors au front; les pupilles étaient dilatées; le pouls était fréquent. Le 15, il se manifesta plusieurs légers mouvements convulsifs, qui se renouvelèrent plusieurs fois dans la journée; la céphalalgie frontale continuait. Le seizième jour, au matin, la malade avait toute son intelligence, elle se plaignait encore de céphalalgie; le

pouls donnait cent vingt pulsations; dans la journée, le pouls varia de quatre-vingt-dix à cent quarante; les pupilles furent dilatées, et la vision imparfaite; mais les facultés intellectuelles se conservèrent jusqu'à huit heures du soir. Il se manifesta alors de violentes convulsions qui durèrent pendant deux heures, et se terminèrent par la mort. Cette maladie fut observée avec attention pendant toute sa durée, et l'on eut recours inutilement avec activité à l'emploi de tous les moyens les mieux indiqués, à toutes les périodes du mal.

On ne trouva, à l'ouverture du cadavre, aucun épanchement dans les ventricules; toutes les parties du cerveau furent trouvées parfaitement exemptes d'altération; il n'y avait de lésion morbide qu'à la surface inférieure du lobe antérieur de l'hémisphère droit, au lieu où il se prolonge au-dessus de l'orbite; il existait en ce point une couche pseudo-membraneuse couvrant une surface d'un diamètre à peine plus étendu que celui d'un shilling. La substance du cerveau immédiatement adjacente à cette couche pseudo-membraneuse, était sensiblement plus dense, et cette lésion n'excédait pas en étendue le volume de la moitié d'une grosse noix. On ne put reconnaître aucune altération dans aucun autre organe.

§. IV. *Méningite de la base du cerveau.*

Obs. XII. Une demoiselle de quatorze ans fut prise d'accidents qui ressemblaient à ceux d'une légère fièvre continue, qui n'excita aucune alarme jusqu'à la fin de la seconde semaine. La céphalalgie augmenta alors d'intensité; il y eut de l'accablement et, par instants, de l'incohérence dans les idées. Je la vis pour la première fois, au commencement de la troisième semaine; elle était dans un état d'accablement qui tendait au coma; les pupilles étaient dilatées; le pouls battait de cent dix à cent vingt fois par minute; la langue était saburrhale. Pendant les jours suivants, les ac-

cidents varièrent considérablement; on trouvait parfois la malade dans un état comateux, ou plutôt dans un état comme typhode; les yeux semblaient insensibles à la lumière, et l'on observa une ou deux fois un certain degré de strabisme qui ne dura pas; tantôt elle répondait distinctement aux questions qu'on lui adressait, et tantôt elle ne répondait pas; le pouls, pendant tout ce temps, variait de cent dix à cent trente pulsations. La veille de sa mort, la malade se montra plus sensible à toutes les impressions, et en tout beaucoup mieux; mais le lendemain elle tomba dans un coma plus plus profond, et les forces commencèrent à décroître; elle mourut la nuit suivante, après environ trois semaines de maladie. Plusieurs personnes de sa famille sont mortes d'hydrocéphale.

Ouverture du cadavre. — La substance cérébrale était saine; environ deux onces de liquide étaient épanchées dans les ventricules; il y avait une grande quantité de matière pseudo-membraneuse à la surface du pont de Varole, d'où elle s'étendait en avant sur la base du cerveau; il s'en trouvait aussi beaucoup, mais de formation plus récente, autour des nerfs optiques. Cette matière pseudo-membraneuse s'étendait de là entre les couches optiques, vers le troisième ventricule.

§. V. *Méningite suppurée de la surface du cerveau.*

Obs. XIII. Un enfant de huit mois mourut le 13 mars 1818, d'une maladie qui avait duré plus de trois semaines. Cette maladie débuta par de la fièvre, de l'insomnie et une respiration accélérée; il se manifesta ensuite de fréquentes convulsions avec beaucoup d'accablement; à la fin les convulsions furent violentes; il survint du strabisme, et le malade tomba dans le coma. On observa dès le commencement de la maladie une proéminence remarquable de la fontanelle antérieure, qui augmenta considérablement la deuxième semaine. Dans le troisième septenaire, cette tumeur de la

fontanelle était circonscrite, molle et fluctuante; lorsqu'on la comprimait, il en résultait des mouvements convulsifs; elle fut alors ouverte pour une petite ponction; elle fournit d'abord un liquide purulent et ensuite de la sérosité sanguinolente. Il ne s'opéra cependant aucun changement dans les accidents, et l'enfant périt quatre jours après.

A la dissection du corps, on reconnut que la petite ouverture qui avait été pratiquée au travers de la fontanelle, aboutissait à un épanchement de matière floconneuse épaisse, mêlée avec du pus qui existait entre la dure-mère et l'arachnoïde, et qui couvrait la surface du cerveau dans une étendue considérable. Un épanchement semblable se trouvait entre l'arachnoïde et la pie-mère, et s'étendait dans les intervalles des circonvolutions. Il existait aussi une grande quantité de cette matière autour des nerfs optiques et sous la moelle allongée. Il y avait un épanchement considérable dans les ventricules.

§. VI. *Méningite suppurée des ventricules.*

Obs. XIV. Un enfant de cinq mois qui avait été jusque-là dans une parfaite santé, fut pris de convulsions le soir du 21 novembre 1817. Cette attaque, qui ne fut pas d'une longue durée, fut attribuée à la dentition; on incisa les gencives sur plusieurs dents qui paraissaient être la cause de l'irritation, et l'on eut recours aux moyens mis habituellement en usage contre ces maladies. La nuit se passa bien. Le 22, l'enfant fut abattu, et la respiration était accélérée. Dans l'après-midi, sans aucun retour de convulsions, il tomba dans le coma où il resta plusieurs heures. Il en sortit après une saignée locale, l'administration d'un purgatif et des applications froides sur la tête. Le 23, cet enfant était dans un état très-satisfaisant; les yeux étaient dans l'état naturel; il fixait et reconnaissait les objets qui l'environnaient; il était même disposé à jouer; il n'existait de traces de maladie que

des tressaillements irréguliers. Le 24, il resta toute la journée dans cet état satisfaisant; mais il fut pris le soir d'une attaque de convulsions qui dura toute la nuit sans intermission. La mort survint le lendemain matin.

Ouverture du cadavre. — Une couche pseudo-membraneuse était étendue entre l'arachnoïde et la pie-mère; elle couvrait presque toute la surface supérieure du cerveau. On trouvait aussi une grande quantité de cette matière pseudo-membraneuse à la surface inférieure des lobes antérieurs, entre les hémisphères et sur le cervelet. Il y avait dans les ventricules latéraux environ une once de matière purulente, et la substance du cerveau, qui forme les parois des ventricules était très-ramollie; il n'y avait point d'épanchement séreux dans ces cavités. Une matière gélatineuse était épanchée en grande quantité autour des nerfs optiques, sous la base du cerveau et sous le cervelet. Un semblable produit mêlé d'un peu de matière purulente se trouvait au-dessous de la moelle allongée [1].

[1] La méningite des ventricules, soit à cause des rapports qu'elle a avec l'hydrocéphale aiguë, dont elle diffère cependant et par ses symptômes et par les désordres qu'elle laisse après elle; soit à cause de ses caractères anatomiques, qui sont quelquefois assez difficiles à reconnaître, pour échapper à des observateurs qui ne les auraient pas bien présents, mérite de fixer l'attention des pathologistes. Le fait intéressant rapporté par M. Abercrombie, laisse à désirer une description exacte de l'etat dans lequel était la séreuse des ventricules correspondant au tissu cérébral ramolli. C'est pour bien faire connaître les caractères anatomiques de cette méninge enflammée, et pour signaler aussi les différentes formes sous lesquelles cette maladie se présente à l'observation clinique, qu'il nous paraît utile de joindre aux faits recueillis par M. Abercrombie, les trois faits suivants.

Obs. XIV (*bis*). Une petite fille de quatre ans fut atteinte subitement, dans la nuit du 2 au 3 octobre, de nausées, de vomissements et de douleurs de tête violentes. Le soir du 3 octobre, le pouls était fréquent et plein, les pommettes étaient colorées; la malade était assoupie, elle était réveillée par des envies de vomir qui survenaient de temps en temps : elle portait alors la main à la tête. Dans la nuit, convulsion violente qui dura une demi-heure, et qui fut suivie d'un profond sommeil. Deuxième jour, l'enfant est assoupi, soubresauts des extrémités thoraciques, yeux hagards

§. VII. *Méningite du cervelet.*

Obs. XV. Une demoiselle de quarante-cinq ans, sujette à un écoulement par l'oreille gauche, se plaignait d'une douleur dans cette partie, le 11 mai 1821; les deux jours suivants, cette douleur s'étendit à la tête, et s'accompagna de

quand on le tire de son état d'assoupissement, ce qui est assez facile; pupilles dilatées avec oscillations, face enluminée, bouffie. Douze sangsues sont appliquées derrière les oreilles; petit-lait nitré pour boisson. La malade a été éveillée pendant une partie de la journée; mais elle est retombée, vers le soir, dans l'assoupissement; yeux portés en haut, pupilles dilatées et peu mobiles, quelques envies de vomir pendant la nuit, deux attaques de convulsions, cris: de la glace est maintenue sur la tête. Cet état persiste le quatrième et le cinquième jour, pendant lesquels il y a des alternatives de somnolence et d'agitation; les pupilles restent dilatées et immobiles, il y a des convulsions dans les muscles de la face et dans les mains; parfois l'enfant se renverse en arrière et serre les dents; la face devient violette et gonflée; le pouls s'accélère dans les paroxysmes. Six sangsues sont appliquées derrière les oreilles; la glace est maintenue sur la tête, et l'on donne des lavements laxatifs. Le sixième jour, coma profond et continuel, qui n'est interrompu que par des cris et des soupirs; pupille très-dilatée, yeux portés en haut et en dehors, pouls lent, sensibilité générale diminuée: mort dans la nuit.

Ouverture du cadavre. — Environ une cueillerée à bouche de sérosité jaunâtre s'écoula à l'incision de la dure-mère; les vaisseaux qui rampent à la surface du cerveau, étaient très-engorgés; l'arachnoïde de la convexité était dans l'état sain; une once environ de sérosité lactescente était épanchée dans chaque ventricule latéral. L'arachnoïde qui tapisse leur cavité était pâle, mais elle était terne et un peu épaissie; sa surface était rugueuse au toucher; les plexus choroïdes étaient rouges, injectés et épaissis; une matière gélatino-purulente leur adhérait; une couche plastique, opaque, d'une demi-ligne d'épaisseur, recouvrait tout l'entre-croisement des nerfs optiques, et se prolongeait dans la scissure de Sylvius; tous les viscères thoraciques et abdominaux étaient sains.

Cette observation présente l'inflammation de la séreuse des ventricules à son plus faible degré: elle a été beaucoup plus prononcée dans le cas suivant, observé par le D. Legouais.

Obs. XIV (*ter*). Une petite fille de huit ans était sujette à des épistaxis qui étaient encore devenues plus fréquentes depuis un mois. Dans les premiers jours de décembre, elle commença à se plaindre de la tête; le 13, la céphalalgie augmenta, et il survint des vomissements; le 14, augmenta-

fièvre. Le 14, la malade se plaignait de céphalalgie générale et d'une violente et douloureuse sensation de battements à la partie postérieure de la tête. Elle était sourde, et tendait à l'assoupissement, mais elle conservait toute sa sensibilité;

tion de la céphalalgie, insomnie, face rouge, animée; yeux vifs, constipation, ventre sensible au toucher, vomissements glaireux, agitation. Le 17 décembre, tendance à l'assoupissement, cris fréquents; des pédiluves sinapisés avancèrent la diminution de la céphalalgie, qui devint encore moindre dans la journée, après l'application de quatre sangsues derrière chaque oreille; l'assoupissement diminua également, mais il revint dans la nuit, dans laquelle il y eut aussi de l'agitation. Le 18, légère altération des facultés intellectuelles; réponses peu faciles, moins de céphalalgie, mais toujours assoupissement; chaleur de la peau peu élevée, pouls lent, langue chargée, constipation, cris; on appliqua des sinapismes aux pieds et de la glace sur la tête, et l'on administra une potion éthérée. L'assoupissement diminua: il y eut une rémission momentanée des autres symptômes, mais le cou devint raide, la parole difficile; la nuit suivante, il y eut une diminution sensible de l'assoupissement et de l'affaissement, après une évacuation spontanée. Le 19, état tout-à-fait satisfaisant, retour de la raison, parole facile, pouls un peu fréquent et intermittent, urines troubles, sédimenteuses; le soir, la tendance à l'assoupissement et la raideur du cou, reparaissent à un faible degré. Le 21, vers le milieu du jour, douleur au sommet de la tête et à la partie postérieure du cou, rougeur de la face, chaleur à la peau. Le 22, même état; on fit appliquer quatre sangsues à l'anus et des pédiluves sinapisés; la nuit, céphalalgie, loquacité, délire; agitation vive, plaintes dans lesquelles l'enfant accuse une douleur de tête, accablement. Cet état continua jusqu'au 26; alors agitation violente, pouls fréquent, petit et serré; visage rouge, peau chaude, ventre très-libre; on plaça deux vésicatoires aux cuisses, et deux sangsues derrière chaque oreille. Le 27, parole plus difficile, prostration plus considérable. Le 28 et le 29, l'assoupissement augmenta, la malade ne répondait que par monosyllabes aux questions qu'on lui adressait; on fit appliquer des vésicatoires derrière les oreilles. Le 30, vers quatre heures, perte complète de connaissance, renversement de la tête en arrière, mouvements irréguliers des bras, yeux immobiles tournés en-haut, pupille extraordinairement dilatée, non contractile, pouls fréquent, intermittent et faible, face rouge, respiration gênée. Le 31, affaissement général, face violâtre, respiration stertoreuse, et mort dans la journée.

Ouverture du cadavre. — Les circonvolutions cérébrales étaient aplaties, les ventricules latéraux étaient très-distendus et contenaient quatre à cinq onces de sérosité limpide. L'arachnoïde qui tapisse les ventricules, avait acquis une épaisseur et une résistance au moins doubles de celles qu'elle

le pouls donnait cent vingt pulsations, et était très-fort; une large saignée fut pratiquée, et les médicaments appropriés à cet état furent employés avec activité le jour et le lendemain par les docteurs Thatcher et Bryce. Je vis la malade le 16

offre dans l'état sain. La substance cérébrale avait sa consistance ordinaire. Les deux poumons étaient gorgés de sang, et présentaient quelques points d'induration vers leurs bords postérieurs; les intestins avaient entre eux des adhérences anciennes, et il y avait quelque trace d'affection chronique de la muqueuse digestive [1].

Cette observation est extrêmement remarquable par le siége circonscrit de l'inflammation encéphalique dans la séreuse des ventricules; elle fournit un exemple de phlegmasie aiguë prolongée de cette membrane, caractérisée par son épaississement et par son augmentation de densité. Le fait suivant nous offrira l'arachnoïde des ventricules enflammée et couverte d'une pseudo-membrane.

Obs. XIV (*quater*). Marie Guibert, âgée de treize ans, était épuisée par une succession d'abcès survenus à l'aisselle, sous le grand pectoral et à la mamelle: la suppuration avait alterné avec une diarrhée. Ces accidents s'étaient prolongés du 17 septembre 1823 au 13 février 1828. Ce jour-là la malade, qui était fort bien et en apparence convalescente depuis quelques jours, qu'un cautère avait été établi en arrière et à droite du thorax, se plaignit d'un peu de douleur sus-orbitaire du côté gauche. La conjonctive de ce côté était injectée, l'œil sensible à la lumière, la peau chaude; il y avait de la fièvre. Le 14 vomissements, augmentation de la douleur de la tête; le soir, vive agitation, cris arrachés par la douleur; la malade se remue sans cesse et peut à peine répondre; face colorée, pouls fréquent et serré: on pratiqua une saignée de bras de deux palettes, qui parut soulager; cependant elle vomit encore après; nuit assez tranquille. Le 15, pouls à cent seize pulsations, développé; peau chaude, face colorée, impossibilité de supporter une vive lumière, langue naturelle; plus d'envie de vomir, réponses lentes (*Prescr.* oximel, compresses froides sur la tête, huit sangsues aux tempes, sinapismes). Dans la journée, elle eut quelques frissons, du délire, et poussa des cris aigus; le soir, le sang provenant des morsures des sangsues était à peine arrêté, qu'on en appliqua six autres sur les côtés du cou. Le 16, les yeux sont fortement portés à droite et insensibles à la lumière; la malade se plaint de fortes douleurs et d'élancements dans la tête; il survient plusieurs vomissements bilieux; le bras gauche est complétement paralysé, et paraît avoir perdu sa sensibilité; les muscles fléchisseurs du membre thoracique droit sont contractés, la sen-

[1] Cette observation de M. Legouais est insérée dans le *Traité de l'Arachnitis* de MM. Parent et Martinet, p. 274.

mai : il existait alors un véritable état comateux ; néanmoins la malade, lorsqu'on l'éveillait, jouissait de ses sensations ; les yeux étaient dans l'état naturel, la langue était nette ; le pouls donnait cent trente pulsations. Elle se plaignait encore de la tête, lorsqu'on la pressait de questions, mais elle ne se plaignait nullement de son état tant qu'on ne l'éveillait pas tout-à-fait et entièrement. Le pouls avait beaucoup perdu de sa force ; aussi n'eut-on recours qu'aux saignées lo-

sibilité paraît également éteinte dans cette partie ; dans l'après-midi, il y a parfois du délire par moments. Le 17, on trouve plus de résistance à étendre l'avant-bras droit, qui présente de fréquents soubresauts des tendons ; pouls à cent huit pulsations, irrégulier, faible ; le soir, la respiration est accélérée, râlante, l'insensibilité est complète, et le lendemain, la malade meurt à huit heures du matin.

Ouverture du cadavre. — Fausses membranes purulentes, d'un beau jaune, dans la cavité de l'arachnoïde vers la partie antérieure de l'hémisphère gauche ; on en trouva encore à la partie antérieure de l'hémisphère droit d'une moindre étendue. Dans ces deux points, ainsi que vers la scissure de Sylvius, sur les parties latérales externes de l'hémisphère et aux environs de l'entrecroisement des nefs optiques, on observe une infiltration purulente du tissu sous-arachnoïdien, qui est épaissi, jaunâtre et complétement opaque ; les membranes sont injectées dans toute leur étendue, pâles et friables. La partie supérieure du cerveau paraît saine, la substance blanche est seulement un peu injectée ; les ventricules renferment chacun une once de sérosité trouble, lactescente ; ils sont tapissés dans leur moitié postérieure de fausses membranes. L'arachnoïde et la substance cérébrale adjacente sont piquetées de points rouges ; cette dernière paraît ramollie : le septum-lucidum, la voûte et le corps calleux ont perdu leur consistance ; ils troublent l'eau dans laquelle on les met ; sérosité purulente dans le quatrième ventricule, dont les parois sont égalcment piquetées de rouge. Cervelet ferme, sain, ainsi que la protubérance cérébrale, les corps striés et les couches optiques [1].

Il serait facile de multiplier les observations sur cette méningite, car les auteurs en ont recueilli un assez grand nombre, et elle se présente encore assez fréquemment dans la pratique ; mais ces faits suffisent pour faire voir que l'inflammation se montre dans cette partie du cerveau avec ses caractères anatomiques ordinaires. Nous examinerons dans une autre note si elle se caractérise par des symptômes suffisants pour la faire reconnaître pendant la vie.

A. N. G., *trad.*

[1] Observation recueillie par M. Diarre, et rapportée par M. Charpentier, dans son *Traité de l'Hydrocéphale aiguë*, p. 175.

cales. Le soir on pouvait la faire sortir de l'état comateux avec plus de facilité; elle disait qu'elle se trouvait mieux; elle passa la nuit dans l'insomnie en tenant des discours incohérents; elle périt de bonne heure le lendemain matin. Il était survenu, dans le commencement de la maladie, un léger écoulement par l'oreille gauche.

Ouverture du cadavre. — Il y avait un léger épanchement dans les ventricules latéraux; le cerveau était d'ailleurs parfaitement sain. Une matière puriforme épaisse était épanchée à l'extérieur du cervelet; ce dépôt était plus abondant du côté gauche. La pie-mère cérébelleuse était fort injectée; mais la dure-mère était saine; il y avait un peu de matière purulente autour de la glande pituitaire et dans la cavité de l'oreille, mais il n'existait pas de trace de lésion des os du crâne et de la dure-mère correspondante autour de l'oreille.

On voit, par les faits précédents, la diversité remarquable des symptômes de la méningite; j'ai choisi avec soin ces observations pour donner des exemples de méningite exempte de complication avec toute autre affection grave du cerveau. Les convulsions des enfants, que l'on est porté à attribuer indistinctement à la dentition, sont, je crois, fréquemment dépendantes d'une méningite. Dans ces cas, au lieu d'une couche pseudo-membraneuse, on observe souvent une couche mince à la vérité, mais étendue, de liquide puriforme à la surface de la pie-mère.

§. VIII. *Forme dangereuse de la méningite, qui ne laisse d'autre trace qu'une injection extraordinaire.*

Ceux qui ont écrit sur les maladies du cerveau, me paraissent n'avoir pas assez fixé leur attention sur une forme insidieuse de la méningite, qui met le malade dans le plus grand danger. Lorsqu'elle revêt cette forme, la méningite est facilement prise pour une manie, ou chez les femmes

pour une modification de l'hystérie; c'est ainsi que l'on ne reconnaît quelquefois cette dangereuse affection que lorsqu'elle est devenue rapidement et inopinément fatale. Cette forme de la méningite commence quelquefois par une dépression des fonctions vitales, qui disparaît subitement après un courte durée pour faire place à un état de gaîté extraordinaire, que suit bientôt l'excitation maniaque. D'autres fois, l'invasion de cette maladie est moins évidente, et elle ne manifeste son existence que lorsqu'elle est tout-à-fait confirmée. Les symptômes par lesquels se distingue en général cette affection, sont une rapidité remarquable dans les manières des malades, une loquacité continuelle, dans laquelle ils passent d'un sujet à un autre sans raison; une insomnie opiniâtre et le pouls petit et fréquent. On observe quelquefois, dans ces cas, des hallucinations, qui consistent en ce que les malades se représentent des personnes et des choses qui ne sont point où leur imagination les leur fait voir, mais ce symptôme manque entièrement dans plusieurs cas. Les progrès de cette maladie sont en général très-rapides, et dans quelques cas elle détermine des convulsions et le coma; mais le plus ordinairement elle devient fatale par l'extinction subite de la vie au plus haut degré de l'hyperstimulation, sans état comateux.

Le désordre principal que cette forme de la méningite laisse après elle, consiste en une injection vasculaire considérable de la pie-mère, quelquefois avec un léger épanchement entre cette membrane et l'arachnoïde.

Cette méningite met les malades dans le plus grand danger, et elle ne permet pas de traitement très-actif. La saignée générale est mal supportée, et l'on est forcé de s'en tenir aux saignées locales, aux purgatifs, aux antimoniaux et à l'application si efficace du froid sur la tête.

Cette forme de phlegmasie encéphalique est très-commune chez les femmes d'une constitution délicate et irritable;

mais elle s'observe aussi chez des sujets de l'autre sexe, et spécialement chez des individus intempérants. Je l'ai cependant observée une fois chez un individu de quarante à cinquante ans, d'une forte constitution, et menant une vie très-réglée. Il est difficile d'expliquer comment la mort survient dans cette maladie; elle paraît en général le résultat subit d'une extinction de la vie arrivant au plus haut degré de l'excitation, sans aucun des résultats immédiats de l'inflammation.

Obs. XVI. Une demoiselle de vingt-trois ans avait éprouvé beaucoup de chagrin de la mort de sa sœur; elle en avait perdu l'appétit et le sommeil. Il y avait environ deux mois qu'elle était dans cet état, lorsque, le 4 août 1825, elle s'adressa au docteur Kellie, voulant, disait-elle, le consulter pour son estomac. Ce médecin la trouva divaguant d'un sujet à un autre avec une extrême rapidité et une grande incohérence dans les idées. Le 5 août, elle était dans le plus haut degré d'excitation, elle parlait continuellement et elle chantait et criait alternativement; le pouls donnait de quatre-vingts à quatre-vingt-dix pulsations. Le soir, elle devint tout-à-fait calme et raisonnable après une dose d'opium : cet état satisfaisant dura une heure au plus; elle s'endormit ensuite, et après deux heures de sommeil, elle se réveilla dans le même état d'excitation où elle avait été auparavant. Les mêmes symptômes continuèrent le 6; le matin, le pouls était peu altéré, mais il devint ensuite petit et très-rapide. Le 7, après une nuit dans laquelle l'excitation avait été continue et considérable, elle eut encore un intervalle lucide, mais son pouls battait alors cent cinquante fois. L'excitation reparut, et continua jusqu'à quatre heures de l'après-midi, heure à laquelle elle s'endormit. Elle se réveilla à huit heures, calme et jouissant de toutes ses facultés, mais avec une tendance évidente au coma; le pouls était petit et donnait cent

cinquante pulsations. Elle prit des aliments et du vin, et elle passa la nuit, partie dans l'état d'excitation, partie dans l'état de coma : elle continua jusqu'à la mort à tenir des discours incohérents; mais elle connaissait ceux qui l'entouraient, et elle comprenait très-bien tout ce qu'on lui disait. La mort survint vers le milieu de la journée du 8.

Le seul désordre qu'il fut possible de trouver à l'ouverture du cadavre, fut l'état d'injection vasculaire considérable de la pie-mère, joint à de nombreux points rouges dans la substance du cerveau.

Obs. XVII. Un homme de quarante-quatre ans, d'une forte constitution, et menant une vie très-régulière, fut subitement pris, sans cause connue, d'un extrême abattement, joint à un certain degré de babil et d'insomnie. Cet état dura deux jours, et cessa ensuite subitement; le malade reprit alors toutes ses facultés et parla avec enjouement. Cette amélioration fut cependant immédiatement suivie d'un état d'excitation générale, avec loquacité et propos incohérents, avec insomnie opiniâtre; le pouls s'éleva rapidement à cent soixante pulsations. La maladie persista avec les mêmes accidents pendant environ quatre jours, après lesquels le malade tomba subitement dans un état de collapsus, et mourut.

A l'ouverture du cadavre on ne trouva aucune autre lésion qu'une injection vasculaire considérable de la pie-mère et de l'arachnoïde, avec une petite quantité de sérosité épanchée entre ces membranes.

Cette obscure et dangereuse maladie encéphalique se manifeste quelquefois comme complication d'autres maladies, et spécialement du rhumatisme aigu et d'autres affections inflammatoires; elle attaque quelquefois les femmes en couches. Il serait inutile de rapporter ici, avec détail, des faits

de ce genre; on ne ferait pas mieux connaître la nature de cette maladie [1].

Une jeune femme, que j'ai vue avec M. Turner, était atteinte, depuis trois jours, d'un rhumatisme peu inten-

[1] La mort ne nous semble pas seulement produite par l'excès de surexcitation générale qu'éprouve toute l'économie par suite de l'inflammation étendue, encore à sa première période, qui s'est développée dans les méninges, dans les cas sur lesquels M. Abercrombie vient de rapporter des observations. Il semble très-probable que la mort est aussi due en partie, au moins dans ces cas, à la compression qu'éprouve le cerveau par l'augmentation de quantité du fluide de Cotugno. La phlegmasie de la pie-mère, qui est l'organe sécréteur de ce fluide, explique suffisamment l'augmentation d'exhalation qui le rend plus abondant. Le fait suivant, qui fournira, en même temps, un exemple de méningite des ventricules, montre la réalité de cette augmentation de liquide séreux dans la cavité encéphalique. Cette augmentation, qui concourt si directement à la terminaison funeste de la maladie chez les enfants, arrive de même chez les adultes dans les mêmes circonstances, et a les mêmes effets.

Obs. XVII (*bis*). Bunon, journalier, âgé de 54 ans, fut amené dans mon service à l'hopital le 1er mars 1832, pendant ma visite; il avait depuis huit jours un érysipèle phlegmoneux de la cuisse et de la jambe gauches; ces parties étaient en effet le siége d'une énorme tuméfaction inflammatoire. Une saignée du bras, de douze onces, fut immédiatement pratiquée; dans la nuit suivante il fut pris d'un délire intense. Le deux mars, à la visite, je le trouvai vociférant, criant contre tous ceux qui l'approchaient, et paraissant préoccupé de l'idée qu'ils voulaient l'assassiner; le pouls était d'une fréquence modérée, dur et plein, les yeux étaient brillants et injectés, les pupilles étaient mobiles et resserrées, la respiration accélérée. Le malade ne paraissait pas reconnaître où il était, ni distinguer les personnes et les objets qui l'entouraient; il rendait ses urines dans son lit, et ne semblait pas s'en apercevoir. L'érysipèle phlegmoneux de la jambe et de la cuisse était peu enflammé, et une fluctuation, encore obscure, annonçait que des aposthèmes se formaient dans le tissu cellulaire sous-cutané. *Prcs.* Saignée du bras, de seize onces, application de 24 saugsues derrière les oreilles, application de cataplasmes émollients sur le membre abdominal gauche. Le soir, malgré l'emploi de ces moyens, le malade était dans le même état; cependant il était abattu et le délire était moins bruyant. Bientôt après il tomba dans un coma qui devint de plus en plus profond. Il mourut le lendemain matin.

L'ouverture du cadavre fut pratiquée 26 heures après la mort. La pie-mère, sur toute la convexité du cerveau, était d'un rouge vif; les vaisseaux, qui rampent dans les anfractuosités du cerveau, et qui pénètrent dans son tissu, étaient très-injectés; l'arachnoïde ne présentait aucune

se; son pouls donnait de quatre-vingt-dix à quatre-vingt-seize pulsations. Le quatrième jour les douleurs disparurent, et le soir la malade commença à parler beaucoup, et avec un peu d'incohérence; mais elle ne se plaignait d'aucune douleur. Le cinquième jour, elle fut plus tranquille, mais elle tint de nouveau dans la nuit des propos incohérents. Je la vis alors pour la première fois; la loquacité était considérable, et les propos qu'elle tenait étaient extravagants et sans suite; mais lorsqu'on fixait son atten-

lésion apparente, mais elle se déchirait plus facilement que dans l'état sain; la substance cérébrale était ferme et saine, très-légèrement sablée en s'approchant de la surface du cerveau. Les deux ventricules latéraux, et surtout le ventricule gauche, étaient très-dilatés; ce dernier avait une capacité plus grande d'un tiers que dans l'état sain; les ventricules étaient remplis d'une sérosité diaphane incolore; la membrane interne du ventricule gauche était épaissie, d'un blanc mat et présentant des rugosités arrondies, très-peu saillantes, qui ne se voyaient bien qu'en l'observant à contre jour; ces rugosités étaient senties en promenant très-légèrement le doigt sur la surface de la membrane. Cet état de maladie de la tunique interne du ventricule gauche, se remarquait sur toute la partie externe de cette cavité. Les plexus choroïdes étaient très-injectés; la tunique interne du ventricule droit et celle des troisième et quatrième ventricules étaient saines. Ces dernières cavités étaient faiblement dilatées. La quantité de liquide contenue dans les mailles celluleuses sous-arachnoïdiennes de la moelle épinière était assez considérable, mais on ne distinguait aucune trace de maladie dans ces organes; tous les viscères étaient sains; la jambe gauche et la cuisse présentaient une vaste infiltration purulente, dans quelques points le pus était réuni en foyers. L'artère crurale et ses rameaux étaient, à leur surface interne, le siége d'une vive inflammation, elles étaient tapissées de caillots fibreux applatis en forme de fausse membrane.

Cette observation, dans laquelle l'augmentation de la quantité normale de sérosité céphalo-rachidienne, a été l'effet de l'inflammation de la pie-mère et de la séreuse des ventricules, est importante sous le rapport des caractères anatomiques de l'inflammation de la membrane des ventricules. Ces caractères, que j'ai décrits dans mon *histoire anatomique des inflammations*, sont très-peu évidents pour ceux qui n'ont pas l'habitude des ouvertures de cadavres; ils ont nécessairement été souvent méconnus dans les observations publiées. Cette remarque est un motif pour justifier les doutes qu'inspirent les relations de faits sur des hydropisies, *réputées essentielles*, des ventricules cérébraux. A. N. G., *trad.*

tion, elle répondait sensément aux questions qu'on lui adressait; le pouls donnait cent vingt pulsations; la langue était légèrement chargée, mais humide, et la malade ne se plaignait d'aucune indisposition. Le sixième jour, les accidents continuèrent; le soir, elle tomba dans le coma et mourut dans la nuit. On avait eu recours aux saignées et à divers autres moyens de traitement sans aucun avantage.

Un soldat, âgé de trente-quatre ans, dont je dois l'histoire au docteur Hennen, avait un rhumatisme aigu intense, avec des symptômes de pneumonie. Il fut soulagé par la saignée; mais son pouls conserva sa fréquence, et il y eut quelques palpitations de cœur, mais qui ne furent point intenses. Le quinzième jour de sa maladie il tomba subitement dans le coma, et périt en peu d'heures. Dans ces deux cas, la dissection du cadavre ne fit reconnaître aucune lésion qui pût expliquer les accidents d'une manière satisfaisante.

J'ai rapporté ici mes observations sur cette maladie dangereuse, telles que je les avais présentées dans la première édition de cet ouvrage; j'ai eu depuis occasion d'observer plusieurs exemples de cette forme si dangereuse de la méningite, et j'ai été conduit à adopter, pour la combattre, un mode de traitement qui semble promettre d'heureux résultats. Sans hasarder encore à ce sujet aucune conséquence générale, je me contenterai de faire connaître le fait suivant.

Obs. XVIII. Une dame de trente-huit ans se rétablissait de son onzième accouchement, lorsqu'à la fin du quinzième jour elle fut prise d'une tumeur dure et profonde du côté droit du bassin, qui était sensible au toucher, et était accompagnée d'une fièvre intense. Après des saignées locales réitérées et d'autres moyens, l'état fébrile se calma; la tumeur devint indolente et sembla diminuer graduellement de volume. Mais ces progrès étaient très-lents, et au bout de trois à quatre semaines, cette dame était encore retenue

au lit, avec un état de souffrance très-marqué : le pouls était alors calme, mais les forces de la malade avaient considérablement diminué. Sur ces entrefaites, un événement arrivé dans sa famille vint l'alarmer et l'agiter ; elle commença immédiatement à tenir des propos extravagants et incohérents ; et, après une nuit passée dans l'agitation, elle fut trouvée le lendemain dans la plus grande excitation, parlant continuellement, criant et s'agitant violemment avec une expression de stupidité, et un pouls petit et rapide : elle fut traitée par la saignée locale, les laxatifs, les applications froides sur la tête, etc., avec peu d'avantage, ou même sans aucun avantage. Lorsque je la visitai le lendemain matin, je la trouvai assise sur son lit, avec l'apparence d'une maniaque ; ses mains étaient dans une continuelle agitation, et elle ne cessait de tenir des propos extravagants. On m'apprit qu'elle n'avait pas discontinué un seul instant de parler depuis vingt heures. Le pouls était fréquent et faible, et l'aspect de la malade indiquait l'épuisement. En consultation avec le médecin éclairé qui donnait des soins à cette malade, je fis connaître mon expérience sur la nature fatale de cette maladie, et je proposai d'essayer un traitement stimulant. On lui administra en conséquence immédiatement un verre de vin, qui amena évidemment une diminution dans les accidents. On prescrivit de le renouveler toutes les heures. A la fin de la quatrième heure, elle jouissait entièrement de toutes ses facultés et de sa raison : son pouls donnait quatre-vingt-dix pulsations, et était convenablement développé. Dès ce moment les accidents furent dissipés sans retour ; la tumeur du côté droit de l'abdomen augmenta de volume, s'abcéda, fut ouverte et guérit. La santé de cette dame est restée complète depuis cette maladie, et elle est accouchée de nouveau de la manière la plus heureuse.

J'ai eu recours au même traitement, avec le même avan-

tage, dans plusieurs autres circonstances, tant sur des hommes que sur des femmes. La plus grande difficulté est de décider les cas particuliers auxquels ce traitement est applicable : il semble que ce soit ceux dans lesquels l'excitation générale est jointe à la petitesse et à la grande fréquence du pouls, et à la pâleur et l'épuisement du malade. Lorsque ces symptômes existent, quelque violente que soit l'excitation générale, je ne crains pas d'y avoir recours; et dans un grand nombre de cas, j'ai eu des motifs d'en être satisfait. J'ai essayé le même traitement, mais avec état naturel du pouls. Lorsque les battements artériels sont fréquents et développés, avec rougeur et autres signes d'augmentation de l'action vasculaire, ce traitement pourrait être dangereux.

On observe chez les enfants une maladie qui présente la même obscurité, quant aux lésions morbides, que les cas qui viennent d'être rapportés, quoiqu'elle s'annonce par des symptômes très-différents; les enfants qui en sont affectés sont, en général, atteints d'une succession d'accidents convulsifs qui parcourent toutes leurs périodes, et les emportent en trois ou quatre jours. Cette forme d'accidents se lie surtout à d'autres maladies, et particulièrement à la coqueluche.

Obs. XIX. Une petite fille de deux ans et demi était affectée d'une coqueluche légère, lorsqu'elle fut atteinte, à la fin de mai 1822, d'un mouvement de torsion convulsif des mains, dont elle avait déjà été affectée peu après sa naissance. Cet accident ne donna aucune inquiétude jusqu'au 4 de juin, qu'il se manifesta des convulsions générales avec fièvre, céphalalgie et constipation opiniâtre. On eut recours à tous les moyens actifs usités dans ces maladies; mais les convulsions continuèrent à revenir plusieurs fois par jour. La coqueluche n'avait point cessé; mais elle était restée bénigne et peu intense.

Ouverture du cadavre. — Il y avait une légère injection vasculaire de la pie-mère, et des points rouges dans la substance blanche du cerveau. On mit la plus grande attention à examiner tous les autres organes, et l'on n'y rencontra aucune lésion morbide.

Obs. XX. Un enfant de cinq ans, affecté de coqueluche, fut pris de céphalalgie et de fièvre le 5 juin 1822. Il eut ensuite des mouvements convulsifs dans les yeux, et par instants du strabisme. Bientôt de violentes convulsions se manifestèrent, se renouvelèrent fréquemment, et alternèrent avec le coma; la mort arriva le troisième jour.

A la dissection du cadavre, l'examen le plus minutieux ne fit reconnaître d'autre désordre qu'un état plus vasculaire de la pie-mère dans plusieurs points.

Obs. XXI. Une petite fille de trois ans et demi avait, depuis plusieurs jours, une fièvre légère, avec un peu de toux; on ne la considérait pas comme sérieusement indisposée, et elle était assise à table le soir du 3 avril, lorsqu'elle perdit subitement la parole, et fut atteinte bientôt après de convulsions générales. Elle resta ainsi en proie à de violentes et continuelles convulsions, avec insensibilité complète, pendant plusieurs heures : cet état ne cessa que dans le courant de la nuit; elle reprit alors la faculté d'avaler, qu'elle avait perdue. On put lui administrer un purgatif qui eut une action puissante. Le 4, les mouvements convulsifs reparurent avec une grande violence; il y eut une succession de paroxysmes continuels pendant toute la journée, et dans les intervalles la malade était dans le coma : la mort arriva de bonne heure le lendemain.

On ne reconnut à la dissection du cadavre, aucune trace de maladie qu'une injection vasculaire des membranes du cerveau, et un gonflement des veines de sa surface.

J'ai conservé des notes sur plusieurs cas dans lesquels j'ai observé les mêmes symptômes et la même obscurité dans les désordres reconnus à l'ouverture du cadavre. C'est particulièrement sur des enfants très-forts et d'une bonne santé, de l'âge de deux à trois ans, que j'ai observé ces maladies, qui sont généralement devenues fatales vers le troisième jour, et malgré des traitements différents.

Il est inutile de multiplier des exemples qui ne servent qu'à montrer toute l'imperfection de nos connaissances sur les maladies cérébrales. Voici cependant un cas dans lequel il semble que la maladie qui nous occupe est survenue pendant le cours d'une autre affection cérébrale, et a déterminé immédiatement la mort avant que la maladie encéphalique primitive soit distinctement caractérisée.

Obs. XXII. Un enfant de quatre ans, d'une famille dans laquelle plusieurs enfants avaient déjà succombé à la même affection sous différentes formes, avait, depuis dix à douze jours, un état fébrile qui ne s'annonçait encore par aucun symptôme alarmant; les accidents semblaient même se calmer, et le jour où la mort survint, ce petit malade avait été considéré comme convalescent par deux médecins du premier mérite. Dans l'après-midi de ce même jour, sa mère observa que ses yeux devenaient subitement fixes : immédiatement après, la plus violente convulsion se manifesta et continua, sans interruption, pendant cinq heures, après lesquelles le malade périt.

On trouva à l'ouverture du cadavre un épanchement considérable dans les ventricules, et un ramollissement déjà fort avancé du septum-lucidum et de la voûte. Indépendamment de ces désordres, il y avait une injection très-étendue et très-prononcée de la pie-mère.

L'inflammation de l'arachnoïde et de la pie-mère semble quelquefois suivre une marche moins aiguë; elle peut se

prolonger pendant un temps considérable, passant d'une partie des membranes à une autre, et produisant ainsi une succession de symptômes différents, selon les parties qu'elle affecte. Une dame que M. Howship a observée, et dont il a consigné l'histoire dans ses *Observations pratiques sur la chirurgie et l'anatomie pathologique*, fut atteinte d'une violente céphalalgie, d'impossibilité de supporter la lumière, et de paralysie du bras et de la jambe gauches. Au bout d'un temps assez court, la paralysie disparut; mais le bras continua à être si douloureux, qu'il resta presque inutile à la malade. La céphalalgie continua; au bout de deux mois, elle s'étendit en arrière, au cou et au dos. Une rétention d'urine se manifesta; il survint alors une violente douleur pulsative au dos et aux reins, une contraction convulsive des épaules, et une douleur partant du dos au travers de la poitrine. Cette dame fut enfin prise d'une violente douleur de la tête, du cou et de tout le corps, en sorte qu'elle ne pouvait même remuer un seul membre. Elle mourut graduellement épuisée après quatre mois de maladie.

A l'ouverture du cadavre on trouva un épanchement séreux sous l'arachnoïde, avec une couche de lymphe coagulable étendue sur les parties supérieures, latérales et inférieures du cerveau, et sur la partie antérieure de la moelle allongée : les mêmes désordres se prolongeaient sur les membranes de la moelle épinière.

L'inflammation chronique de la pie-mère et de l'arachnoïde se présente sous différentes formes; elle consiste quelquefois dans un épaississement des membranes elles-mêmes; d'autres fois elle s'annonce par une fausse membrane déjà ancienne, et dans certains cas elle est compliquée avec l'affection tuberculeuse de la pie-mère.

Un monsieur, sur lequel le docteur Powel a rapporté une observation consignée dans le cinquième volume des

Transactions du collége des médecins de Londres, après une céphalalgie légère qu'il ressentait depuis quinze jours, tint des discours incohérents, et tomba dans une grande stupeur; les pupilles étaient dilatées, et il n'articulait plus les mots d'une manière distincte : il mourut dans les quinze jours suivants. La pupille de l'œil droit était plus dilatée que celle de l'œil gauche, et peu de temps avant la mort, le côté droit fut frappé de paralysie. A la dissection du cadavre, on trouva un épanchement dans les ventricules, et de la lymphe coagulable déposée autour du pont de Varole. A la partie antérieure du lobe moyen (l'auteur ne dit pas de quel hémisphère), la pie-mère était fort épaissie, et à sa surface interne adhéraient de petits tubercules du volume de petites têtes d'épingles. Il y avait de semblables tubercules sur d'autres points de cette membrane, et spécialement où elle pénètre entre les circonvolutions.

Les tubercules de la pie-mère ne semblent pas une maladie commune; cependant le docteur Clark en a rapporté un exemple très-remarquable dans le *Journal de Médecine d'Edimbourg* (t. v, p. 261). Voici cette observation : « Un homme de trente-cinq ans, adonné à l'ivresse, fut pris de fièvre et de toux, suivies de vomissements, de selles sanguinolentes, d'assoupissement et de mussitation; mais il ne fut pas tout-à-fait retenu chez lui par ces accidents pendant quatorze jours, au bout desquels son état devint plus fâcheux. La céphalalgie devint violente; la toux plus forte; il y eut des soubresauts, de l'assoupissement et de la surdité; le pouls donnait cent seize pulsations, la langue était sèche et brune. Il se manifesta alors du délire, l'impossibilité de supporter la lumière, et un certain degré de coma; mais il fut soulagé par la saignée, et le pouls descendit à quatre-vingt-seize pulsations; il mourut subitement le vingt-quatrième jour. La veille, il avait été levé et avait mangé avec appétit. A la dissection du cadavre, on trouva la dure-

mère perforée de petits trous, dans lesquels étaient engagés de petits tubercules d'aspect charnu. Ces tubercules semblaient naître de la pie-mère, et n'avoir aucune connexion avec le cerveau. Plusieurs avaient le volume de petits pois, et étaient reçus dans des dépressions du crâne, dont quelques-unes avaient deux lignes de profondeur. L'arachnoïde était épaissie, et adhérait en plusieurs points à la pie-mère. En d'autres lieux une couche de lymphe coagulable était déposée entre ces deux membranes. Il y avait un peu de liquide dans les ventricules.

L'épaississement des méninges et leur adhérence mutuelle que l'on rencontre dans plusieurs circonstances, sont probablement les résultats d'une inflammation chronique. Wepfer, Willis et d'autres écrivains ont rapporté des exemples de ces lésions trouvées sur des individus affectés d'anciennes céphalalgies. On a rencontré les mêmes altérations sur des cadavres de sujets maniaques depuis longtemps. Le docteur Powel rapporte l'histoire d'un homme qui avait été deux ans maniaque, et qui mourut en démence. Cet individu avait eu par intervalles irréguliers des attaques de convulsions dans lesquelles le côté gauche du corps avait été plus affecté que le droit. Une fausse membrane, de l'épaisseur de trois feuilles de papier à écrire, couvrait tout l'hémisphère droit du cerveau; elle s'amincissait en s'approchant de la partie inférieure de cet organe, et elle disparaissait graduellement à sa base; il n'existait à gauche aucune trace de maladie.

Note du Traducteur sur les signes de la méningite.

Les symptômes généraux des inflammations encéphaliques ont été bien indiqués par plusieurs écrivains; ils sont assez connus aujourd'hui pour n'être ignorés d'aucun praticien au courant de la science; il y a néanmoins des cas dans lesquels le diagnostic est très-obscur. Telles sont, par exemple, des manies aiguës qui ne dépendent évidemment pas d'une lésion cérébrale, que l'examen des organes après la mort puisse faire reconnaître, quoique l'on ait observé pendant la vie tous les symptômes

qui sont considérés comme caractéristiques des maladies encéphaliques; tels sont encore des délires aigus symptomatiques de maladies des principaux viscères, sans qu'il existe aucune phlegmasie cérébrale. On peut cependant établir qu'il y a une maladie cérébrale dans tous les cas où se montrent les symptômes exposés par M. Abercrombie, dans la description générale des diverses formes des maladies encéphaliques, qui a fait l'objet de la première section de cet ouvrage. Mais lorsqu'on veut pénétrer au-delà des signes généraux d'une inflammation cérébrale, il est beaucoup plus difficile de porter un diagnostic aussi exact; les incertitudes se multiplient, et les cas exceptionnels deviennent plus nombreux. C'est surtout ce qui arrive lorsque l'on veut préciser si l'inflammation a son siége dans les membranes ou dans la pulpe cérébrale; et à plus forte raison, si l'on entreprend de déterminer le siége précis de la maladie dans telle ou telle région de l'encéphale. Un diagnostic aussi précis n'est peut-être pas d'une grande utilité pour le traitement de la maladie, et l'on conçoit que M. Abercrombie ne s'en soit pas occupé; mais on doit regretter qu'il n'ait pas résumé d'une manière générale les symptômes qui caractérisent spécialement la méningite. Il est utile, sous beaucoup de rapports, de ne pas confondre les phlegmasies des membranes avec celles de la pulpe cérébrale; nous allons donc tâcher de préciser les signes caractéristiques de la méningite, en prenant pour point de départ les faits que M. Abercrombie a rassemblés dans cette section.

Le plus grand nombre des sujets des observations précédentes étaient jeunes; il est généralement reconnu que, dans les maladies cérébrales chez les enfants, les phénomènes spasmodiques ont une intensité beaucoup plus grande que chez les adultes, tandis qu'au contraire les dérangements des facultés intellectuelles sont plus prononcés chez les adultes que chez les enfants, lorsque la maladie, par son siége et par sa nature, détermine une altération de ces facultés. Cette absence presque complète, mais non complète comme on l'a avancé, du délire dans les maladies encéphaliques des enfants qui déterminent cet accident au plus haut degré chez des adultes, est un fait physiologique d'une grande importance si on le rapproche de cet autre que les manies ne s'observent presque jamais chez les enfants.

Presque toutes les méningites qui ont été l'objet des observations que M. Abercrombie a réunies dans cette section, ont affecté en même temps sur les mêmes sujets différentes régions de l'encéphale; aussi serait-il difficile d'en tirer parti pour établir le diagnostic de l'inflammation de telle ou telle portion des méninges, bien qu'évidemment cette distinction soit souvent possible. Nous ne chercherons donc point à l'établir ici; il nous faudrait allonger, sans beaucoup d'utilité, cette note, en y rassemblant un assez grand nombre de faits. Mais il était utile de faire cette observation, pour expliquer pourquoi nous ne comprendrons pas dans la description générale de la méningite, des signes qui, bien que très-prononcés, et

en apparence d'une grande importance, n'appartiennent cependant qu'à l'inflammation de telle ou telle région : tels sont les vomissements qui appartiennent aux arachnoïdites des ventricules, de la base du cerveau, et des parties latérales des lobes moyens ; la rigidité du cou qui appartient à l'arachnoïdite du mésocéphale, quand elle n'est pas le symptôme d'une inflammation de la pulpe de la même partie; le délire qui, bien que très-commun dans les arachnoïdites de la convexité, ne manque jamais dans celles des lobes antérieurs, et dans celles des ventricules.

La méningite a été précédée, dans la moitié des cas réunis par M. Abercrombie, de prodromes appropriés par leur nature, à une maladie encéphalique, et même à une inflammation encéphalique : tels ont été des épistaxis fréquentes, une céphalalgie constante ou se reproduisant très-fréquemment, de l'insomnie, de la pesanteur dans les yeux, un état fébrile vague, des douleurs d'oreilles, des nausées et des vomissements coïncidant avec les redoublements de la céphalalgie, qui ont précédé l'invasion de la maladie caractérisée, et qui ont continué comme symptômes pendant toute la durée de la méningite chez un certain nombre de malades. Tous ces accidents s'expliquent aisément par l'imminence d'une méningite ; on le voit *à posteriori*, mais il serait difficile de déterminer précisément *à priori*, d'après ces signes, si c'est d'une méningite plutôt que de toute autre maladie encéphalique, qu'ils précèdent l'invasion.

Dans plus de la moitié des cas, l'encéphalite méningienne éclate sans prodromes, et c'est plus souvent vers le soir qu'elle se montre subitement par des accidents intenses, et qui s'annoncent immédiatement comme graves. Cette explosion subite des accidents, par laquelle se manifeste la méningite, s'observe même lorsqu'il y a eu des prodromes, et même des prodromes intenses ; elle ne se présente pas, en général, aussi brusquement dans l'inflammation du tissu du cerveau.

Les symptômes de l'invasion de la méningite s'observent sous deux formes qui paraissent dépendre de l'âge des malades plutôt que du siége de la maladie sur différents points de l'encéphale. Ces deux formes d'accidents ne s'en présentent pas moins, l'une comme l'autre, souvent réunies chez les mêmes sujets.

La première forme sous laquelle se montrent les phénomènes d'invasion de la méningite, consiste dans l'explosion des convulsions avec fièvre modérée; car il est rare qu'avec les convulsions intenses, qui annoncent l'invasion de la maladie, le pouls soit très-fréquent. C'est surtout chez les enfants que la maladie débute de cette manière. Chez les adultes, la deuxième forme d'accidents d'invasion est plus ordinaire ; elle consiste dans une céphalalgie, avec fièvre vive et un certain degré d'abattement de peu de durée. C'est avec ces symptômes d'invasion que coïncident les nausées et les vomissements constants dans certaines méningites ; il est assez commun de voir se manifester simultanément, et indiquer de prime-abord toute la gravité de la maladie qui commence, la céphalalgie débutant

brusquement avec la fièvre, les convulsions, et même le délire, dans les méningites où il se montre à cause du siége du mal.

La méningite marche avec des symptômes différents, suivant la forme qu'elle a prise dès son début; si elle a commencé par une violente attaque de convulsions, l'abattement, la stupeur, et souvent même le coma tout-à-fait caractérisé, succèdent à l'attaque, et sont proportionnés à snn intensité et à sa durée. Ce n'est que lorsque les convulsions s'apaisent que le pouls prend beaucoup de fréquence, et cette fréquence, toujours considérable, est néanmoins proportionnée à l'intensité de la stupeur ou du coma. Si les convulsions ont été peu intenses ou peu prolongées, et surtout si l'abattement et la stupeur qu'elles laissent ne sont pas extrêmes, il y a toujours de la céphalalgie et du délire, si la maladie siége dans une partie dont l'inflammation soit de nature à déterminer la manifestation de cet accident. Lorsque la méningite a débuté par la céphalalgie, la fièvre et un certain degré d'abattement, ou l'on voit le délire, s'il doit y en avoir, se manifester immédiatement, ou il se joint à des mouvements convulsifs plus ou moins faibles, qui n'ont pas d'abord une longue durée, se renouvellent ensuite et se prolongent, et alternent avec le coma. Le délire est très-souvent borné à une simple loquacité ou à de la rêvasserie, et les convulsions sont fréquemment, surtout chez les sujets adultes, limitées à des contractions spasmodiques des muscles de la face et des muscles moteurs des yeux.

Les symptômes suivants ne manquent dans aucune méningite : céphalalgie plus ou moins intense ou plus ou moins vivement sentie, faisant quelquefois pousser des cris perçants aux malades, et d'autres fois n'étant annoncée que par l'action comme automatique de porter la main à la tête; convulsions, depuis les spasmes bornés à quelques muscles des yeux ou de la face jusqu'aux mouvements les plus violents de tous les muscles; abattement, depuis la langueur et le sentiment de courbature jusqu'au coma le plus profond; insomnie et agitation suivies de somnolence et même de coma; pupilles oscillantes, se contractant quelquefois très-peu par l'action de la lumière, ou dilatées et peu mobiles, ou même tout-à-fait immobiles; le pouls constamment très-fréquent, devient souvent lent et même plus lent que dans l'état naturel quaud il y a coma; il est le plus ordinairement irrégulier.

La réunion du coma et des convulsions sur les mêmes malades, présente toujours cette particularité, que ces deux symptômes sont inverses l'un de l'autre. Au plus haut degré du coma, il y a quelquefois encore des convulsions revenant par accès; mais elles interrompent le coma dans lequel il y a cependant souvent un état de spasme tonique des muscles de quelques régions, et par exemple des yeux et du cou. Au plus haut degré du coma, les malades perdent toute sensibilité et périssent dans l'état carotique par l'oppression des forces. Au plus haut degré des convulsions, ils perdent également la sensibilité, et ils meurent quelquefois dans l'épuisement des

forces. On vit bien plus long-temps dans un état comateux que dans les convulsions; aussi lorsque cet accident se prolonge avec intensité, ou lorsqu'il tend à se renouveler fréquemment, la mort arrive-t-elle très-vite : c'est ainsi que le sujet de l'obs. XXI est mort en cinq heures.

Les paralysies locales, les vomissements, le délire, le renversement de la tête en arrière, le hoquet, le strabisme, la mutité, la paracousie, la surdité, se manifestent dans la méningite suivant le siége du mal, et selon qu'il a produit une congestion sanguine plus ou moins étendue, des épanchements sanguins, séreux, purulents ou pseudo-membraneux. Ces symptômes sont d'une grande importance, mais ils ne sont pas particuliers à la méningite, et il ne se montrent jamais sous les formes que nous venons d'indiquer dans les autres inflammations encéphaliques, comme on le verra d'ailleurs par l'histoire des inflammations du tissu cérébral, qui est l'objet de la section suivante.

Il n'y a aucun rapport rigoureux et constant entre la forme et l'intensité des accidents, et les altérations inflammatoires profondes. Sur des sujets morts dans l'exaltation du délire frénétique et avec de violentes convulsions, on peut trouver une méningite suppurée, tandis qu'après les mêmes symptômes on ne trouvera dans le plus grand nombre de cas qu'une méningite caractérisée par une forte injection générale de la pie-mère et par une légère opacité de l'arachnoïde. C'est ainsi que l'on ne trouve que les mêmes lésions chez des sujets morts dans le coma, que l'on aurait été tenté de considérer comme succombant aux effets d'un épanchement encéphalique considérable.

On peut établir comme résultat de l'observation, que tant qu'il n'existe qu'une injection vasculaire inflammatoire du cerveau et de la pie-mère, avec une inflammation de l'arachnoïde encore à sa première période, si la congestion sanguine encéphalique est modérée, on n'a que les phénomènes d'exaltation, tels que l'agitation, l'insomnie, les convulsions, la céphalalgie intense, qui ne laissent dans leurs intervalles que l'abattement, effet de la fatigue qu'ils déterminent. On a au contraire les accidents de la stupeur, de la somnolence et du coma, lorsque la congestion encéphalique est très-considérable, ou lorsqu'il s'est fait un épanchement séreux, sanguin ou purulent très-abondant, sur un grande surface du cerveau extérieurement, ou dans les ventricules, ou même seulement lorsque, par suite de la phlegmasie elle-même, la quantité de fluide céphalo-rachidien est rapidement devenue trop considérable.

La congestion cérébrale est quelquefois si grande au début même de la méningite, qu'elle donne à l'invasion de la maladie, l'apparence de l'invasion d'une apoplexie; si cette apparence se continue, elle annulle tous les autres symptômes habituels de la maladie, pour ne laisser d'évident qu'un état comateux avec extinction de la sensibilité générale, qui devient bientôt plus prononcé encore, si à la congestion cérébrale succède, comme cela arrive en effet dans les congestions qui persistent, un épanchement séreux dans les cavités encéphaliques.

Il y a, en dernière analyse, dans les méningites deux ordres de phénomènes très-distincts : les phénomènes d'hyperstimulation cérébrale et les phénomènes de collapsus ; il est aisé de concevoir comment ces phénomènes, qu'il est si facile d'expliquer par la nature et le siége de la maladie qui les détermine, coïncident et s'enchaînent. On en tire aisément aussi des inductions pour le diagnostic, le pronostic et le traitement des méningites, maladies qui sont si rapidement mortelles, quand on ne se rend pas promptement maître de l'inflammation qui les constitue.

A N. G., *trad.*

SECTION V.

DE L'INFLAMMATION DU TISSU CÉRÉBRAL.

L'inflammation du tissu cérébral s'annonce par des symptômes très-variables. Ces variétés de symptômes dépendent probablement de l'étendue de la maladie et de la partie du cerveau où elle a son siége. La phlegmasie s'annonce quelquefois par une céphalalgie suivie d'un délire violent, auquel succède le coma ; d'autres fois elle éclate par une attaque subite de convulsions. Une des formes les plus fréquentes et les plus graves, est celle qui se caractérise par la céphalalgie, suivie de convulsions dans un ou plusieurs membres, lesquels sont immédiatement après frappés de paralysie. L'invasion de la maladie a dans quelques cas une telle ressemblance avec une attaque ordinaire d'hémiplégie qu'il est très-difficile de l'en distinguer, et il est intéressant de remarquer que dans ces cas la maladie peut n'avoir pas dépassé dans le cerveau l'état d'inflammation simple, quoique les symptômes aient suivi leur marche ordinaire, et soient arrivés jusqu'à ceux du coma terminé par la mort.

Les modifications qui se présentent dans la marche de la maladie, dépendent surtout des modes de terminaison ; ces modes de terminaison sont particulièrement les suivants :

I. La phlegmasie de la substance cérébrale peut se terminer dans la période inflammatoire ; on trouve alors une cer-

taine portion du tissu cérébral devenue très-rouge sans aucun changement de structure.

II. Le ramollissement simple, dans lequel une partie du cerveau est réduite en une masse pulpeuse molle, conservant sa couleur naturelle, sans qu'on trouve aucune trace de suppuration, et sans aucune odeur fétide; ce ramollissement simple constitue souvent le seul désordre morbide; mais il se rencontre aussi fréquemment combiné avec les désordres qui viennent d'être indiqués. Une portion de la partie malade présente alors une couleur très-rouge, tandis que l'autre est simplement ramollie.

III. Le ramollissement avec les caractères que nous venons d'indiquer, est souvent combiné avec la présence d'une certaine quantité de matière purulente.

IV. La suppuration non circonscrite n'est peut-être qu'une modification du ramollissement; mais elle se caractérise par la prédominance et la plus grande proportion de matière purulente dans le tissu lésé. On trouve alors dans le cerveau une large cavité non-circonscrite, à bords déchirés, remplie en partie de matière purulente fétide, et en partie de substance cérébrale désorganisée : autour de ce foyer, la pulpe cérébrale est ramollie et désorganisée.

V. Abcès circonscrits ou enkystés. Il se forme alors une cavité régulière, bien circonscrite, généralement revêtue sur ses parois d'un kyste mou, et entourée de substance cerébrale saine.

VI. Ulcération de la surface du cerveau.

Le degré d'activité avec lequel la maladie suit sa marche détermine aussi des modifications; on observe en particulier dans la forme chronique de la maladie, que les accidents se continuent pendant un temps considérable, sans marcher vers une terminaison funeste, ou qu'ils offrent des rémittences comme si la maladie était périodique.

Les observations suivantes feront connaître les différentes formes qui viennent d'être indiquées.

§. Ier. *Phlegmasie du tissu cérébral devenue fatale dans sa période inflammatoire.*

Obs. XXIII. Une femme de vingt-six ans était d'une mauvaise santé depuis huit mois. Les symptômes morbides qu'elle avait éprouvés avaient commencé par une violente céphalalgie et des attaques fréquentes de convulsions. Ces accidents ayant cessé au bout de quelque temps, furent remplacés par de la toux, une hémopthysie, la respiration courte et accélérée, et la rareté des urines. La gêne de la respiration survenait par paroxismes, pendant lesquels la malade respirait de quatre-vingts à quatre-vingt-dix fois par minute; elle restait quelquefois dans cet état pendant plusieurs jours, durant lesquels son pouls était constamment accéléré. Après plusieurs mois de durée, ces accidents se calmèrent entièrement sans qu'on eût rien fait pour les faire cesser. Cette femme devint alors sujette à de violents paroxismes de douleurs dans l'abdomen, de dysurie et de vomissements. La douleur avait particulièrement son siége dans le côté droit de l'abdomen, qui était gonflé, tendu et douloureux à la pression. Ces paroxismes étaient suivis d'un écoulement abondant de matière puriforme par le vagin, qui amenait un soulagement temporaire dans la douleur. La dernière fois que je vis cette malade, quelques semaines avant sa mort, il y avait un gonflement général et une tension de tout le côté droit de l'abdomen, qui était extrêmement sensible au toucher, et laissait l'impression de l'existence d'une maladie organique fort étendue. Je n'ai point vu cette femme dans sa dernière attaque, qui eut son siége à la tête; elle se manifesta par une violente céphalalgie, l'impossibilité de supporter la lumière, et la fièvre. A ces premiers accidents succédèrent des convulsions, qui se terminèrent par le co-

ma, dans lequel la malade périt environ une semaine après l'invasion des accidents cérébraux.

A l'ouverture du cadavre, qui fut faite en ma présence, on trouva la surface du cerveau colorée en plusieurs places en un rouge brun. Cette teinte pénétrait par endroits jusqu'à un pouce de profondeur dans la substance du cerveau. Ces altérations furent particulièrement observées à la partie supérieure et antérieure des deux hémisphères, et à la partie postérieure de l'hémisphère gauche. Les parties ainsi affectées, étaient plutôt plus molles que les autres parties du cerveau : on jugeait qu'elles étaient plus vasculaires aux gouttelettes de sang qui s'en écoulaient lorsqu'on les divisait. Les parties profondes du cerveau étaient saines, et il n'y avait aucun épanchement de sérosité : les parois du sinus longitudinal, près de sa partie postérieure, étaient tuméfiées, au point que sa lumière était considérablement diminuée; la tension de l'abdomen, qui était si remarquable quelque temps avant la mort, avait disparu; on ne trouva aucun vestige de maladie dans aucun des viscères du thorax, de l'abdomen et du bassin.

Obs. XXIV. Une demoiselle de quarante ans avait, depuis quelque temps, des irrégularités dans l'écoulement menstruel, que l'on regardait comme les préludes de sa cessation. Quelques jours avant l'attaque dont il va être question, les menstrues vinrent si abondamment, qu'elle tomba dans un état de faiblesse, dans lequel elle était le 26 octobre 1825. Le soir de ce jour, en se levant subitement de son siége, elle tomba sur le plancher, dans un état de syncope, dans lequel elle ne resta que peu d'instants, sans éprouver ensuite aucun autre accident. Elle ne dormit point dans la nuit, mais elle n'eut aucun symptôme particulier, si ce n'est sur le matin, qu'elle ressentit une légère douleur à la partie postérieure de la tête. Quelques instants

après, elle était assise sur son lit, mangeant son déjeuner avec appétit, lorsque, sans aucun prodrome, elle tomba à la renverse dans les plus violentes convulsions générales, avec tous les caractères d'une épilepsie complète. Ces convulsions cessèrent bientôt, et la laissèrent dans le coma; l'accès reparut au bout de quelque temps : de neuf heures du matin jusqu'à quatre heures du soir, elle eut environ quinze attaques de convulsions générales des plus intenses; elle ne reprit point sa connaissance, même au plus faible degré, entre ces attaques. Durant tout ce temps elle ne put rien avaler; les yeux étaient insensibles à la lumière; les pupilles étaient contractées; la face était pâle et livide; le pouls variait considérablement; il était quelquefois assez fort et fréquent : à d'autres instants, spécialement après les convulsions, il était fréquent et faible. On eut recours aux saignées générales et locales, et l'on fit des applications froides sur la tête. Les convulsions cessèrent à quatre heures du soir; la malade resta dans le coma avec le pouls faible; le coma continua toute la nuit. Le 28 au matin, elle revint un peu à elle; elle commença à pouvoir avaler des liquides, et elle sembla reconnaître ceux qui l'entouraient. Elle eut pendant toute la journée les yeux ouverts; elle suivait parfois des yeux les objets qu'on lui présentait, mais elle ne donnait que peu d'apparence de connaissance; elle nomma cependant une fois ou deux sa sœur. Le pouls resta presque dans l'état naturel; il était cependant plus faible : un laxatif qui lui fut administré, sembla la soulager, mais elle ne reprit pas plus de connaissance. Les convulsions reparurent dans la nuit; elles n'étaient pas aussi intenses que la première fois, mais elles étaient très-fréquentes; elles se reproduisaient parfois tous les quarts d'heure. Le 29, la malade était dans le coma; elle semblait épuisée : la déglutition n'était plus possible; les yeux étaient insensibles; les pupilles étaient naturelles; le pouls était faible et avait sa fré-

quence naturelle. Au milieu de la journée, elle reprit la faculté d'avaler, qu'elle perdit bientôt après. Le soir, les convulsions revinrent, les forces se perdirent rapidement; elle périt dans la nuit. Aucun accident de paralysie n'avait été observé, les convulsions semblaient affecter également toutes les parties du corps.

Ouverture du cadavre. — Une petite quantité de liquide s'échappa à l'ouverture de la dure-mère : on remarquait sur la surface du cerveau trois petites taches qui ressemblaient à une légère ecchymose. A l'incision de l'hémisphère gauche, on trouva à sa partie supérieure une portion arrondie de substance cérébrale d'une couleur rouge-brune. Cette portion de tissu malade, parfaitement circonscrite, avait environ le volume d'une noix, et était entourée de substance cérébrale saine; elle ne paraissait point différer, par sa structure et sa consistance, des autres parties du tissu cérébral. La surface d'une section pratiquée au travers de cette partie malade, présentait une multitude innombrable de petits points rouges entremêlés de points jaunes. Ces derniers étaient cependant les moins abondants : cette altération se trouvait au-dessus du ventricule, environ au centre de l'hémisphère. Dans la partie exactement correspondante de l'hémisphère droit, se trouvait une lésion morbide exactement identique, si ce n'est qu'elle était légèrement ramollie à son centre. Le cerveau était du reste sain, et il n'y avait aucun épanchement dans les ventricules. L'arachnoïde de la base était remarquablement injectée du côté droit; le cervelet était sain. Au centre de la moelle allongée se trouvait une petite portion brune qui semblait le résultat de l'extravasation d'une ou deux gouttes de sang.

J'ai observé cette malade avec le docteur G. Wood.

[1] [Le fait qui a été l'objet de l'observation suivante, peut

[1] Tout ce qui se trouve compris entre les [ ] nous a été adressé en manuscrit par l'auteur. A. N. G., *trad.*

être rapporté à la forme de maladie qui nous occupe; il offre un exemple de lésion plus avancée, et approchant de l'état de ramollissement.

Obs. XXV. Un homme de trente-six ans, vivant dans l'intempérance, avait eu plusieurs attaques d'un état voisin du delirium tremens: mais avec quelques symptômes d'apparence apoplectique. En octobre 1829, il sortait d'une de ces attaques, et jouissait d'une bonne santé. Il alla à la campagne: le 6 novembre il fut surpris, dans une partie de plaisir champêtre, par une légère attaque d'épilepsie; le lendemain il eut une seconde attaque, après laquelle il conserva beaucoup d'incohérence dans sa conversation. Une troisième attaque plus violente encore l'atteignit dans sa voiture, le 8, en revenant à Édimbourg. Après l'emploi des moyens ordinaires, il se trouva mieux les 9, 10, et 11 novembre. Le 12 il était agité et fort excité; il montait et descendait fréquemment les escaliers sans aucun motif; le soir il eut un léger retour de convulsions. Le 13 novembre, il fut retenu au lit et eut quelques incohérences dans les idées. A la nuit il eut une nouvelle attaque de convulsions. Le 14, l'incohérence de ses facultés intellectuelles fut complète. Dans la nuit il eut une violente attaque par suite de laquelle il resta plusieurs heures dans les convulsions; le pouls était fréquent et faible. Après ces convulsions, il resta sans parole avec un certain degré de paralysie du côté droit. Il paraissait cependant reconnaître ceux qui l'entouraient, et il faisait des efforts pour parler. Le 15 et le 16 il resta dans le même état: le 17, la paralysie fit des progrès, et le pouls devint plus faible; il tomba enfin dans le coma complet, et mourut le 19.

Ouverture du cadavre. — A l'ouverture du crâne on remarquait un aspect tout particulier du lobe moyen de l'hémisphère gauche, dont toute la surface était d'une couleur brune-rouge, inclinant à la teinte pourpre. Cette teinte

s'étendait à toute la substance du lobe moyen; elle se perdait progressivement dans l'épaisseur des lobes antérieur et postérieur; en s'éloignant du lobe moyen, elle s'éteignait enfin dans l'état normal du tissu cérébral. La partie du cerveau ainsi affectée, était notablement plus molle que la pulpe cérébrale saine; elle n'était cependant pas désorganisée ni affaissée; il y avait un épanchement peu considérable de liquide à la base du crâne. Le cerveau n'avait du reste aucune autre altération que celle indiquée.]

§. II. *Inflammation cérébrale sous forme chronique.*

Obs. XXVI. Une demoiselle de vingt-deux ans tomba malade le 20 février 1817. Pendant la première semaine sa maladie eut l'apparence d'une fièvre continue. Dans la seconde semaine le pouls perdit de sa fréquence, et la langue se nettoya et s'humecta, tandis que la céphalalgie resta violente et s'accompagnait de pesanteurs et de battements dans la tête: elle avait l'air très-abbattue, et parfois elle vomissait. La saignée, les purgatifs, les vésicatoires, l'application du froid, apportèrent du soulagement; mais le 5 mars lä douleur revint avec une grande violence; elle s'accompagna de battements intenses et d'un certain degré de strabisme. On obtint encore un soulagement passager et partiel par les mêmes remèdes. La douleur ne disparut pas complètement; mais elle fut moins intense que dans les violents paroxismes. Les battements dans la tête furent constants; le pouls variait de quatre-vingt-quatre à quatre-vingt-dix pulsations. Le 11, il y eut un violent paroxisme de céphalalgie, suivi de convulsions. La malade fut encore soulagée par une saignée; mais le 15, elle perdit la mémoire: elle eut de la confusion dans les idées, de la difficulté à articuler, et de l'engourdissement dans le bras droit et dans le côté droit de la face; le symptôme le plus remarquable était la perte de sensibilité au toucher dans cette partie. Ces phénomènes disparurent le lendemain;

mais la douleur continua à revenir par paroxismes. Le 24, la marche périodique des accidents était si bien caractérisée, que, par le conseil d'un médecin habile, on eut recours à l'administration de l'arsenic. Ce médicament ayant occasioné des nausées, fut suspendu au bout d'une semaine. La malade resta pendant quinze jours et plus presque dans le même état, constamment confinée au lit, avec de fréquents retours de la douleur, mais sans avoir d'attaque violente, jusqu'au 20 avril; le paroxisme revint alors avec une grande intensité, avec des vomissements, de la douleur dans l'abdomen, et la vision d'objets doubles dans l'accès, pendant lequel le pouls était naturel. Au commencement de mai, la violence du mal commença à diminuer. Le 20, la malade put quitter son lit, et de ce moment son rétablissement s'opéra graduellement. Aussitôt qu'il fut confirmé, il se manifesta au cou un gonflement glanduleux considérable, qui resta stationnaire pendant plusieurs mois. Elle eut une santé tolérable pendant l'été et l'hiver suivant; mais elle resta sujette à la céphalalgie et à des battements dans la tête, qui l'obligèrent à suivre le régime le plus sévère. Au printemps de 1818 il survint de violentes douleurs de poitrine, après lesquelles cette demoiselle commença à souffrir de nouveau de la tête, dans laquelle elle éprouvait une sensation de pesanteur, et parfois des étourdissements. Au commencement de juin, elle eut plusieurs attaques qui ressemblaient à des syncopes; le pouls cependant conservait une certaine force; elle perdit ensuite par instants la mémoire, et ses idées devinrent légèrement incohérentes. A ces symptômes succéda la tendance à la stupeur, qui fut diminuée par instants par les purgatifs, et par l'application répétée des vésicatoires. Le pouls resta généralement pendant ce temps de quatre-vingt-seize à cent pulsations, et la malade était pâle et semblait épuisée. A mesure que ces accidents se prononcèrent, les douleurs de poitrine disparurent, et après différents re-

tours des accidents vers la tête, on la trouva sans parole le matin du 3 juillet. Elle avait les yeux ouverts, et elle paraissait distinguer les objets; le pouls était faible et battait de quatre-vingt-dix à cent fois par minute; la face était pâle. Cet état continua le 4: le 5, le coma était augmenté; la déglutition était devenue impossible, et le côté droit était paralysé. Le 6, rétablissement de la déglutition; pouls à cent-trente pulsations; ses traits exprimaient qu'elle jouissait de ses facultés intellectuelles; les yeux étaient dans l'état naturel; mais elle ne faisait aucun effort pour parler. Le 7, elle était dans le même état; elle prit des fleurs dans la main gauche, et elle sembla s'en amuser; le côté droit était paralysé; il y avait une grande constipation. Le 9, elle était plus accablée; le 10, le coma était complet, et le pouls donnait cent-trente pulsations; elle mourut dans la soirée.

Ouverture du cadavre. — La dure-mère adhérait étroitement à l'hémisphère gauche du cerveau dans l'étendue d'un écu de trois francs, vers le milieu de l'hémisphère, près de la faux. En ce point, une portion du cerveau, du volume d'une grosse noix, était extérieurement d'une couleur rouge foncée. Cette rougeur se voyait d'un côté à la surface supérieure, où les membranes adhéraient au cerveau et à la surface interne au contact de la faux. Divisée par l'instrument tranchant, cette portion sembla plus dense que le tissu cérébral sain, excepté au centre, où elle était ramollie, comme approchant de la suppuration. A la circonférence de cette partie malade la couleur rouge-foncée s'étendait à environ un demi-pouce. Sa partie centrale était d'une couleur cendrée, et offrait des points bruns-rougeâtres disséminés. A la surface supérieure où les membranes adhéraient, il y avait une fausse membrane de l'étendue de l'adhérence, et la dure-mère était en ce point épaissie et spongieuse. Les parois du sinus longitudinal paraissaient aussi épaissies au point où ce

vaisseau se trouvait en contact avec la portion malade du cerveau. Les poumons étaient tuberculeux dans une grande étendue, et la plèvre diaphragmatique du côté gauche était rugueuse et irrégulière, à cause d'un grand nombre de petites granulations qui formaient à sa surface des excroissances dures ressemblant à des verrues.

Obs. XXVII. Je suis redevable au docteur Hay d'une observation recueillie sur une demoiselle de soixante ans, qui fut frappée, à la fin de septembre 1824, d'une attaque d'apoplexie, avec paralysie partielle du côté droit; elle fut soulagée par la saignée, et parut se rétablir jusqu'au 8 octobre suivant, qu'elle eut une deuxième attaque. Elle ne perdit pas alors connaissance, mais elle se plaignit d'une forte pulsation dans tout le corps, particulièrement dans le côté droit; le bras et la jambe de ce côté furent de nouveau frappés de paralysie; dès-lors elle perdit graduellement la faculté de se servir de ses membres, d'abord de la jambe et ensuite du bras. Elle avait parfois des retours de la sensation de battement; elle appliquait souvent sa main au côté droit de la tête, où elle se plaignait de sentir du malaise; on observa même que pendant son sommeil sa main était fréquemment portée vers cette partie. La constipation était considérable. Le docteur Hay eut recours, de la manière la plus méthodique, et sans aucun succès, aux moyens ordinairement usités dans ces cas. Les forces diminuèrent graduellement, et la mort arriva le 26 décembre, après une semaine de coma, dans lequel la malade perdit la faculté d'avaler.

Ouverture du cadavre. — La dure-mère adhérait très-solidement au cerveau vers le centre et à la partie supérieure de l'hémisphère gauche; la substance cérébrale correspondant à ce point semblait plus ferme que dans l'état naturel; incisée, elle fut trouvée d'une couleur rouge-vif. Cette

partie malade avait environ un pouce et demi de haut en bas, et autant environ en largeur. La substance cérébrale environnante semblait plus vasculaire que les autres points du cerveau. Plus profondément, dans le tissu cérébral, on trouva une autre portion malade, du volume d'une noisette; elle était d'un rouge plus foncé que l'autre; le corps strié du même côté était d'une couleur rouge presque purpurine, son tissu était ramolli; il se présenta à la surface de l'incision, qui divisait cette partie, un très-grand nombre de points vasculaires. L'hémisphère droit était sain; il y avait une petite quantité de liquide dans les ventricules latéraux; les plexus choroïdes étaient engorgés de sang dans l'un et l'autre ventricule; ils présentaient un grand nombre de petits kystes de couleur bleuâtre. Les vaisseaux de la surface de l'hémisphère gauche et ceux qui rampaient entre ses circonvolutions, étaient très-gorgés de sang, et même dans quelques-unes des circonvolutions les plus profondes, il y avait une légère apparence d'ecchymose [1].

[1] Cette observation est remarquable par la forme des accidents qui se sont manifestés chez la malade qui en a été le sujet. D'après les idées trop absolues qu'ils se font sur le siége et la nature de l'apoplexie, on ne peut douter que beaucoup de médecins, appelés auprès de cette malade, n'eussent considéré les phénomènes apoplectiques et paralytiques comme l'effet d'un épanchement sanguin, d'une hémorrhagie dans le cerveau. Il n'est pas inutile, aujourd'hui que l'on semble porté à expliquer les phénomènes morbides par des lésions anatomiques tranchées, d'insister sur cette forme particulière des inflammations encéphaliques, qui donne à leur invasion tous les caractères de l'apoplexie la plus franche. L'observation suivante fournit un exemple de cette forme de la maladie, et met à même de bien analyser les rapports qui existent entre la phlegmasie cérébrale et l'extravasation du sang dans le tissu enflammé.

Obs. XXVII *bis*. Elisabeth Marc, agée de 60 ans, n'avait jamais éprouvé de maladie sérieuse, et jouissait d'une bonne santé, lorsqu'elle fût atteinte d'une certaine gêne dans la parole et d'une légère distorsion de la bouche. Elle n'eut aucune conscience de ces accidents, seulement elle se plaignait d'inappétence. Huit jours après l'invasion de ces prodrômes, elle fut frappée subitement de perte de connaissance complète, et elle

§. III. *Du passage du tissu cérébral enflammé à l'état de ramollissement.*

Obs. XXVIII. Une petite fille de sept ans dépérissait depuis environ deux mois avant sa mort; elle avait un peu de toux, et elle était dans le marasme, mais son appétit était toujours bon. Le 22 juillet 1826, elle eut de la colique, de

tomba sur le carreau; un médecin lui pratiqua deux saignées du bras, lui fit appliquer des sangsues aux tempes et des sinapismes aux extrémités; revenue à elle, cette femme conserva de cet état une faiblesse telle qu'elle ne pouvait quitter son lit. Elle essaya une fois de se lever, mais elle tomba sur le carreau, elle put cependant se relever, mais avec grande peine, sans secours étrangers. Les urines coulaient involontairement; elle ne pouvait retenir ses matières fécales; les mouvements des bras étaient imparfaits ou très-faibles, car la malade ne pouvait fixer elle-même son bonnet sur sa tête. Cependant elle ne conservait aucune céphalalgie intense fixée d'un côté ou de l'autre de la tête; elle jouissait de l'intégrité de toutes ses facultés intellectuelles. Cet état durait depuis cinq semaines quand elle tomba tout à coup sans connaissance; les yeux se fermèrent; elle resta sans parole et dans un état tout-à-fait apoplectique; on eut de nouveau recours aux émissions sanguines, aux lavements purgatifs et aux drastiques administrés par la bouche; l'état comateux diminua, mais les mouvements restèrent gênés; c'est alors qu'elle fut transportée à l'hôpital, dans mon service, le 12e jour de la 2e attaque. Je recueillis de ses parents les détails que je viens de rapporter, et je la trouvai dans l'état suivant, le 28 février 1834 : Elle avait la conscience de tout ce qui se passait autour d'elle; elle répondait lentement, mais sensément aux questions qui lui étaient adressées. Couchée sur le dos, elle ne faisait aucun effort pour changer de position. La paupière supérieure de l'œil gauche était abaissée, les efforts de la malade étaient impuissants pour la mouvoir; elle portait ses mains pour relever ce voile membraneux et mettre l'œil à découvert. La paupière supérieure de l'œil droit était abaissée aux deux tiers; la malade ne la soulevait qu'avec peine; les globes oculaires étaient très-mobiles; les pupilles étaient dilatées. La malade jouissait de l'intégrité de sa vision; la commissure droite de la bouche était entraînée en bas et à droite; la langue avait conservé sa position, et était facilement sortie de la bouche; la malade se plaignait d'avoir la bouche amère, et de ne prendre ses aliments qu'avec beaucoup de dégoût; l'ouïe était un peu dure, la sensibilité était conservée sur toutes les parties du corps; le membre thoracique gauche était dans un état de demi-paralysie de mouvement, qui se reconnaissait à ce que la malade ne le soulevait que difficilement et lentement, et le

la diarrhée et quelques vomissements. Ces symptômes furent diminués par les moyens ordinaires, mais la petite malade conserva des coliques et de la toux. Trois ou quatre jours après, elle eut de la céphalalgie, et sa parole fut sensi-

laissait immédiatement retomber; ce membre était demi-fléchi et très-légèrement contracturé. Le membre pelvien gauche n'était aussi mu par la malade qu'avec une très-grande difficulté; elle disait qu'il était lourd; la parole n'était rétablie que depuis le matin. Lorsque la malade buvait, elle avait une petite toux et de légères angoisses, comme si le liquide tendait à passer en partie dans la glotte. La peau était chaude et sèche; le pouls petit, fréquent et régulier. La malade avait la conscience du besoin de rendre ses urines et ses matières fécales. Elle ne se plaignait d'aucune douleur, même à la tête.

Le 1er mars, le bras gauche était complétement paralysé, mais la malade remuait les doigts quoique difficilement: il était tenu demi-fléchi par les fléchisseurs contractés. La jambe gauche avait aussi perdu de ses mouvements depuis la veille, mais à un moindre degré que le bras; la langue ne pouvait plus être sortie de la bouche; la paupière supérieure gauche était toujours abaissée; les facultés intellectuelles restaient intactes et la parole facile; la malade n'exprimait la sensation d'aucune douleur. Le soir, elle était tombée dans un état de rêvasserie continuelle, avec somnolence; on l'en faisait facilement sortir; elle jouissait de toutes ses facultés intellectuelles, et répondait sensément aux questions qu'on lui adressait. *Pres.* application de moxas derrière les apophyses mastoïdes.

L'état de la malade resta le même jusqu'au 5 mars; la somnolence avait disparu après l'application des moxas, mais le 5 mars, la chaleur de la peau devint vive, et la malade eut de la loquacité; elle conservait toujours ses facultés intellectuelles, et ne se plaignait d'aucune douleur. La paralysie persistait au même degré et dans les mêmes parties, sauf aux paupières qui avaient recouvré leurs mouvements. Le 8 mars, elle tomba dans le coma; les évacuations alvines, qui avaient été jusque là abondantes et faciles sous l'influence des boissons stibiées, s'arrêtèrent. La contracture du bras gauche paralysé cessa; la respiration devint haute et ralentie; la dose du tartre stibié dans les boissons fut augmentée. Le 9 mars, le coma était moins profond; la malade en sortait lorsqu'on l'excitait, mais elle restait sans parole; elle faisait des efforts pour montrer la langue. La peau de l'avant-bras gauche était tout-à-fait insensible; il y avait eu depuis la veille des évacuations alvines assez abondantes; le soir, l'état comateux devint plus profond. Le 10, la malade était dans le coma le plus profond; il y avait une résolution générale des membres; la peau était généralement chaude et injectée, le pouls fréquent et faible, la respiration accélérée et légèrement stertoreuse; la mort arriva le 11 mars.

Ouverture du cadavre, pratiquée 42 heures après la mort. — Les vaisseaux

blement embarrassée; elle se plaignit aussi vers cette époque de douleurs dans l'oreille droite; on avait bien remarqué auparavant, dans une ou deux occasions, de la difficulté dans la parole. Le 27, le docteur Beilby la trouva af-

superficiels du cerveau n'étaient par gorgés de sang; les méninges ne présentaient aucune altération ; le ventricule latéral droit contenait environ une once de sérosité limpide ; il n'était pas dilaté, ses parois étaient saines; les vaisseaux artériels et veineux de l'hémisphère droit, suivis dans la scissure de Sylvius, étaient sains; leurs rameaux presque capillaires pénétrant dans le tissu du cerveau, étaient gorgés de sang. On remarquait sur la base de l'hémisphère droit, aux limites inférieures et postérieures du lobe antérieur droit, et aux limites inférieures et antérieures du lobe moyen droit, près du bord inférieur de l'hémisphère droit, une circonvolution tuméfiée sur laquelle on ne trouvait cependant, ni dans les vaisseaux, ni dans les méninges, aucune trace de maladie. Une incision transversale pratiquée sur cette circonvolution, conduisit à une ligne et demie à deux lignes de profondeur, dans une cavité distendue par de la sérosité jaunâtre, visqueuse, ayant l'apparence de l'huile. Cette sérosité était logée dans une cavité anfractueuse qui aurait pu contenir un petit œuf. Dans cette cavité se trouvait une pseudo-membrane molle, flottante, très-ténue, n'adhérant que faiblement à une petite partie de la surface supérieure du foyer. Deux petits fragments de matière jaune verdâtre, demi-liquide, d'aspect tout-à-fait purulent, de deux ou trois lignes de diamètre, flottaient dans la cavité de cette pseudo-membrane dans le fluide visqueux qui la remplissait. La partie supérieure et interne de ce foyer était lisse et formée par la pulpe cérébrale légèrement ramollie et contenant un lacis très-serré de vaisseaux capillaires fort injectés. Cette surface ainsi pourvue d'une très-grande quantité de capillaires rouges correspondait à la partie profonde du corps strié. Dans le reste de leur étendue les parois de ce foyer étaient anfractueuses, déchirées, et parsemées d'un grand nombre de petits caillots de sang coagulé, mal circonscrits, mélangés et incorporés avec du tissu cérébral, mol, désorganisé, rouge, jaune-grisâtre, formant une pulpe désorganisée que la chute d'un filet d'eau entraînait facilement. Antérieurement ce foyer se prolongeait jusqu'à huit à dix lignes de profondeur dans le lobe droit antérieur par un processus à parois rougeâtres, sablées, moins molles que les parois du foyer, mais évidemment formées aussi par la pulpe rougie, mélangée et comme malaxée avec du sang. Jusqu'à sept à huit lignes autour de ce foyer le cerveau était très-injecté et pénétré par un très-grand nombre de capillaires engorgés. La pulpe cérébrale reprenait progressivement sa densité normale à mesure qu'on s'éloignait du foyer. Tout le tissu de l'hémisphère droit du cerveau était légèrement augmenté de densité, et dans cet état de congestion sanguine qui se caractérise par l'aspect sablé de la surface d'une section transversale de l'organe.

fectée de céphalalgie et de douleur dans l'oreille, avec un embarras considérable de la parole et un pouls petit et fréquent. Les deux jours suivants la douleur diminua considérablement, et les symptômes se rapprochèrent davantage

L'hémisphère gauche présentait dans la cavité du ventricule latéral, environ une once et demie de serosité diaphane; cette cavité était légèrement agrandie. Tout cet hémisphère offrait aussi une injection de ses capillaires sanguins, moins prononcée que dans l'autre hémisphère, mais évidente aussi par l'aspect sablé d'une coupe faite au travers de l'organe.

Les sinus de la base du crâne étaient engorgés de sang noir récemment coagulé; le ventricule cérébelleux, le cervelet, la protubérance annulaire, le bulbe rachidien étaient sains. Il en était de même des viscères des autres cavités.

Il serait sans doute difficile de déterminer si cette maladie a débuté par une simple extravasation de liquide dans le tissu cérébral, ou si cette extravasation a été l'effet d'une maladie inflammatoire primitive du tissu de l'encéphale. Si cependant j'avais à prononcer à cet égard, je dirais qu'il me paraît très-probable que la maladie a débuté par une extravasation de liquide dans la pulpe cérébrale déjà malade, mais malade dans une petite étendue. J'attribue à la maladie peu étendue de la pulpe les prodrômes éprouvés par la malade, savoir, la gêne de la parole et la distorsion de la bouche. L'explosion apoplectique de la maladie me semble correspondre au moment de l'extravasation qui s'est opérée dans le tissu malade quelle a dû achever de détruire. Si en effet, la maladie de la pulpe cérébrale eût persisté autour du foyer d'extravasation, la formation du kyste réparateur, qui était déjà assez avancée, ne se fût pas établie dans un tissu cérébral déjà presque désorganisé par une phlegmasie antérieure. La formation des kystes de cette espèce se fait par une inflammation de la même nature que celle qui détermine les cicatrices; cette inflammation n'est plus possible dans le tissu cérébral déjà fort altéré, et ce qui le prouve, c'est ce fait qui résulte des observations, que dans ces cas la nature travaille à former le kyste au-delà de ce tissu altéré qui est annullé ensuite de la même manière que le sang extravasé lui-même. Ce serait donc une manière inexacte d'apprécier les choses, que de juger de la quantité et de l'étendue de l'épanchement par l'étendue du kyste lui-même. Car ce kyste a originairement enveloppé et le fluide épanché et le tissu cérébral entièrement désorganisé, soit par le fait de l'épanchement lui-même, soit par une phlegmasie antécédente.

La formation du foyer rapportée à la première attaque est d'accord avec ce que l'ouverture du corps a démontré; la formation déjà avancée du kyste ne pouvait se rapporter à la deuxième attaque. Cette dernière a marqué l'invasion de l'état inflammatoire dont le cerveau était le siége, et qui est

de ceux d'un fièvre continue. Je la vis le 30 ; elle était dans un coma considérable, au point qu'elle pouvait à peine répondre à une question ; le pouls donnait quatre-vingt-dix pulsations ; les pupilles étaient très-dilatées, et il y avait un retour de céphalalgie considérable. Le 31, elle ne parlait plus, le coma était presque complet ; le pouls donnait quatre-vingts pulsations ; le même état durait le 1er août, mais le pouls prenait de la fréquence. Le 2 elle commença à avoir des convulsions qui n'occupèrent que le seul côté droit du corps ; les membres gauches semblaient frappés de paralysie, ou au moins on n'y observa jamais aucun mouvement, même pendant les convulsions du côté droit. Les paroxismes continuèrent à se renouveler pendant quatre ou cinq jours ; elle tomba alors dans un état de coma absolu ; et elle périt le dix. Elle avait conservé la faculté d'avaler les liquides déposés dans sa bouche, et elle semblait reprendre à un léger degré le mouvement du bras gauche.

Ouverture du cadavre. — A l'enlèvement de la dure-mère, on remarqua plusieurs plaques de fausses membranes à la surface externe de l'hémisphère droit, surtout suivant les sillons des circonvolutions, et pénétrant profondément dans leurs interstices. On trouva, en divisant cet hémisphère,

devenu la cause de la mort. Le principe de cette inflammation se trouve dans la désorganisation locale d'une partie de l'hémisphère droit, comme le principe de l'augmentation de sérosité qui existait dans le ventricule, était dans la congestion sub-inflammatoire de toute la masse cérébrale.

Quant aux symptômes que cette maladie a présentés, ils ont été en rapport avec les lésions trouvées à l'ouverture du cadavre ; les détails qui viennent d'être donnés le démontrent suffisamment. Il faut cependant signaler ce fait important de l'absence de la douleur céphalalgique dans une lésion cérébrale si grave. Cette absence s'offre assez souvent dans les phlegmasies limitées à la pulpe cérébrale, elle est très-rare dans l'inflammation des méninges. L'absence du délire doit être aussi remarquée, les méninges étaient saines, et, quelque soit le désordre dans le tissu cérébral, le délire n'est pas produit par la phlegmasie limitée à cette substance.

A. N. G., *trad.*

une portion circonscrite de son tissu dans un état d'inflammation récente, offrant une couleur rouge uniforme et une consistance naturelle. Cette portion avait environ deux pouces et demi de longueur de devant en arrière, un pouce environ de largeur et autant d'épaisseur; elle se continuait antérieurement avec une autre portion, d'un pouce au moins dans toutes ses dimensions, qui était dans un état de ramollissement complet et d'une couleur blanche jaunâtre ou cendrée. Cet état n'était évidemment qu'un degré plus avancé du premier; car la partie enflammée devenait graduellement plus molle à mesure qu'elle s'approchait de la partie ramollie. Sur toute cette partie de l'hémisphère correspondante à la partie enflammée, toutes les circonvolutions étaient adhérentes les unes aux autres dans toute leur étendue, par le dépôt d'une fausse membrane très-solide; il y avait une semblable adhérence du lobe antérieur au lobe moyen. Il y avait un épanchement peu abondant dans les ventricules, mais les parties centrales du cerveau étaient saines : on observait dans différentes parties du cerveau des tubercules très-ténus. A la base du cerveau, à la jonction du pédoncule gauche avec la protubérance annulaire, il y avait une masse irrégulière de matière tuberculeuse, mêlée avec de la matière pseudo-membraneuse; un très-grand nombre de petits tubercules, presque tous à l'état de crudité, se trouvaient dans les poumons. Sur la membrane muqueuse intestinale, spécialement à l'extrémité inférieure de l'ileum, on observait un très-grand nombre de très-petites taches noires, dont quelques-unes, examinées à la loupe, semblaient entourées d'un petit cercle inflammatoire.

Obs. XXIX. Une dame de vingt-quatre ans avait été long-temps sujette à de violentes attaques de céphalalgie, qui revenaient à des intervalles irréguliers, et qui étaient excitées par diverses causes, telles que le séjour dans des

chambres chaudes et des exercices du corps. Elle avait, avec peu d'avantage, eu recours à différents traitements; sa santé générale ne s'était cependant pas altérée, et elle se rétablissait très-bien de sa deuxième couche, par les soins du docteur Mackintosh, lorsqu'elle fut prise, vers le commencement de la deuxième semaine, d'une violente céphalalgie avec accablement considérable. Une saignée la soulagea; elle continua à être assez bien pendant plusieurs jours, quoiqu'elle se plaignît parfois de céphalalgie. Le dimanche 14 février 1827, après une nuit troublée par du délire léger, elle se plaignit dans la journée de mal-aise dans la tête, et d'un sentiment particulier d'engourdissement dans le derrière de la tête et dans le cou; elle resta néanmoins assez bien, et conservant toutes ses facultés jusqu'à dix heures du soir; elle se plaignit alors subitement d'engourdissement et d'affaiblissement dans la main droite. Cette sensation s'étendit rapidement au bras, qui devint bientôt entièrement paralysé : la malade ne tarda pas à perdre la parole, et la bouche se contourna. Elle fut immédiatement saignée; je la vis aussitôt après cette déplétion sanguine; ses regards annonçaient qu'elle jouissait de ses facultés intellectuelles, mais elle ne faisait aucun effort pour parler. Le pouls était vite et faible. Le bras droit, entièrement paralysé, offrait un certain degré de rigidité. La jambe droite se paralysa quelques heures plus tard. Cet état resta le même jusqu'à trois heures du matin, où elle fut prise de violentes convulsions générales affectant les deux côtés du corps, mais plus violentes dans le côté gauche. Les convulsions se renouvelèrent trois fois jusqu'au milieu de la journée du 15; les attaques convulsives devinrent ensuite beaucoup plus fréquentes; elle ne donna depuis lors aucune trace de sentiment. La déglutition avait été gênée dès le début, mais chaque effort qu'elle faisait pour avaler ramenait les convulsions générales. Durant ces attaques, les traits du visage

étaient très-contournés, mais également des deux côtés. Les membres gauches étaient atteints de violentes convulsions, tandis que le bras droit, dans un état de contraction et de roideur spasmodique, était le siége d'un tremblement. Les convulsions, très-violentes et très-fréquentes, se renouvelaient quelquefois toutes les demi-heures, et chaque attaque était de dix à quinze minutes. Le pouls était généralement rapide, par instants extrêmement faible, et parfois d'une certaine force. La respiration était tantôt fréquente et convulsive, et tantôt lente et oppressée, comme aux derniers instants de la vie. On aurait jugé à certains moments que la mort arriverait dans quelques minutes; cette dame ne succomba cependant que le 16 au soir, quarante-huit heures après son attaque. Dès le deuxième jour la rigidité du bras droit avait disparu; ce membre resta entièrement paralysé, excepté lorsqu'il était affecté de convulsions.

Ouverture du cadavre. — A la surface supérieure de l'hémisphère gauche et entre les circonvolutions existait une ecchymose considérable, produite par une couche très-mince de sang extravasé entre l'arachnoïde et la pie-mère. A la partie supérieure de cet hémisphère les veines étaient remarquablement engorgées; elles étaient distendues par du sang noir, formant un coagulum très-solide et comme organisé, dans lequel on distinguait des portions blanches également solides. Les parois de ces vaisseaux semblaient épaissies. A leur embouchure dans le sinus longitudinal, la lumière de ces veines était remarquablement diminuée, partie à cause de l'épaississement de leurs parois, et partie à cause du dépôt d'une matière blanche à leur surface interne. Dans la substance de l'hémisphère gauche, au centre de son diamètre longitudinal, et vers la partie extérieure et au-dessus du niveau du ventricule, se trouvait une partie parfaitement circonscrite, du volume d'une petite noix environ, dans un état de ramollissement complet, mais con-

servant entièrement sa couleur blanche naturelle. Immédiatement au-dessus de cette partie, et se continuant avec elle, se trouvait une portion considérable du tissu cérébral dans un état de rougeur foncée comme dans les cas précédemment décrits. Le cerveau était du reste sain; il n'existait qu'un petit point ramolli sur l'hémisphère droit.

Les docteurs Kellie et Scott ont été témoins de cette observation.

§. IV. *Ramollissement étendu du corps strié.*

Obs. XXX. Un homme de vingt-cinq ans fut attaqué, environ quatre ans avant sa mort, de difficulté de respirer; le cœur battait avec force, le pouls était irrégulier et il y avait des accidents d'hydropisie; il éprouva, au bout de quelque temps, une amélioration considérable, mais au bout d'un an et demi il devint de nouveau hydropique; il fut subitement pris, vers ce temps, de paralysie du côté gauche du corps, de délire et de coma. Le coma ne dura que quelques jours, et en quelques semaines le malade recouvra si bien l'usage de ses membres qu'il put reprendre les travaux de son état de menuisier. Il fut cependant bientôt obligé de les interrompre, à cause des battements de cœur violents qu'il continuait à ressentir, et qui s'accompagnaient d'un pouls petit et irrégulier et de beaucoup de dyspnée. En mai 1821, il fut encore attaqué de paralysie du côté gauche, avec coma et délire, et il se rétablit en quelques semaines. Ces deux attaques de paralysie ne s'accompagnèrent d'aucune douleur de tête, mais au mois de mars 1823, une céphalalgie intense se manifesta : le malade perdit la mémoire, fut pris de paralysie du côté gauche et tomba dans le coma. Il se rétablit encore au bout de quelques semaines, au point de pouvoir sortir, mais les accidents thoraciques persistèrent. Le 20 octobre 1823 il fut une quatrième fois frappé de paralysie du côté gauche, il

eut en même temps une violente douleur qu'il rapportait à un point particulier sur la suture coronale, latéralement à droite, à une légère distance de cette suture. Aux accidents déjà indiqués s'était joint le délire maniaque; le pouls était faible et irrégulier, la bouche était déviée et l'œil gauche tourné; il éprouva en peu de temps une amélioration telle qu'il put marcher avec un appui, traînant sa jambe, mais étant par instants dans le délire. Cet état persista jusqu'à quelques jours de sa mort; la paralysie devint alors complète : elle s'accompagna d'un violent délire et de quelques convulsions, mais il n'y eut pas de coma : la mort arriva le 17 décembre.

Ouverture du cadavre. — On ne trouva rien d'insolite à la surface du cerveau, ni aucun épanchement dans les ventricules. Le corps strié droit était extérieurement d'une couleur jaune sombre. A l'incision, on le trouva, dans toute sa substance, dans un état de ramollissement considérable, s'étendant à une grande profondeur. La pulpe ramollie était mêlée à une substance qui ressemblait, jusqu'à un certain point, à du pus; une membrane très-ténue séparait du ventricule le tissu ramolli au point d'être devenu presque fluctuant. Il y avait aussi un ramollissement dans le corps strié gauche, mais il était très-peu étendu. Le cœur avait, dans toutes ses parties, un très-grand volume; le ventricule droit était épaissi; le ventricule gauche était augmenté de capacité sans épaississement. L'oreillette gauche était considérablement dilatée; elle contenait une grosse concrétion polypeuse organisée, solidement fixée à ses parois : cette concrétion sanguine s'était formée par couches successives, comme celles qui sont dans un sac anévrismal.

§. V. *Inflammation du cerveau sous forme chronique, avec ramollissement d'une petite étendue et symptômes remarquables.*

Obs. XXXI. Un homme de vingt-six ans, d'une constitution pléthorique, avait, depuis deux ou trois ans, été atteint quelquefois de céphalalgie et de vertiges, que des déplétions avaient toujours soulagées. Le 12 avril 1827, pendant qu'il marchait dehors, il fut pris d'étourdissements et de vertiges, avec embarras de la parole et paralysie considérable de la jambe droite. Il était pâle, son pouls donnait soixante-dix pulsations et était mou; il ne se plaignait d'aucune céphalalgie. Le docteur Combe de Leith mit en usage, avec activité, et sans beaucoup de succès, le traitement ordinaire. Au bout de quelques jours ce malade commença à se plaindre de douleur aiguë à la tête, et il eut des vomissements et des hoquets. Les autres accidents persistaient cependant presque au même degré. La parole était pénible et lente, et la mémoire était très-altérée. Ces accidents cessèrent après quelques semaines de traitement, au point que le malade put sortir, mais la céphalalgie continua avec de fréquents vomissements. Il rapportait particulièrement la douleur au côté droit de la tête et quelquefois à l'occiput; il se manifestait parfois de l'engourdissement dans le bras droit. Lorsque je le vis dans le mois de juillet, avec les docteurs Combe et Kellie, il se plaignait surtout d'attaques fréquentes et irrégulières de vomissements se renouvelant tous les jours, ou même plusieurs fois par jour. Le vomissement survenait subitement, sans nausée préalable; le malade était souvent éveillé pendant la nuit par une attaque subite de vomissement. Il avait le visage pâle et languissant; il n'était point paralysé et ne se plaignait que peu de la tête. Lorsqu'il sentait une douleur à cette partie, il la rapportait tantôt à un lieu, tantôt à un autre. Lorsque cependant le siége

de la douleur de tête était bien déterminé, il était soit à la tempe gauche, soit à l'occiput. La céphalalgie étant alors passagère et peu intense, et les symptômes du côté de l'estomac étant très-prédominants, il était fort douteux qu'il y eût encore une lésion encéphalique. Les vomissements furent d'abord arrêtés par l'administration de l'oxide de bismuth, au point qu'ils ne reparurent plus pendant plusieurs jours, mais ils revinrent bientôt avec la même intensité qu'auparavant, avec une augmentation de la faiblesse, de la langueur et un mauvais appétit; il n'y avait que peu de dérangement dans le pouls. Il était si faible des membres, que lorsqu'il se levait pour se tenir debout il chancelait, et qu'il lui fallait quelque temps et de l'attention pour prendre l'équilibre; il marchait cependant ensuite avec une assurance tolérable. Ces accidents persistèrent jusqu'au 27 octobre, qu'il fut subitement pris de convulsions violentes et continues, qui se terminèrent par la mort en neuf heures.

On trouva, à l'ouverture du cadavre, dans le lobe moyen de l'hémisphère gauche du cerveau, au niveau du ventricule latéral, une portion du tissu cérébral d'un pouce et demi de longueur, sur un pouce dans les autres dimensions, dans un état de ramollissement complet. Les parties voisines semblaient extraordinairement vasculaires. La protubérance annulaire et le pont de Varole, étaient moins denses que dans l'état naturel, mais d'ailleurs sains. On ne trouva aucune autre trace de lésion morbide dans la tête, et tous les autres viscères étaient sains.

Il est inutile de signaler toutes les particularités remarquables de cette observation. L'invasion subite du mal, si semblable à une attaque ordinaire de paralysie, doit avoir été en rapport avec le commencement de l'inflammation. Les symptômes remarquables qui se sont manifestés du côté de l'estomac, les progrès du mal et le mode de ter-

minaison de cette maladie, donnent à ce fait une grande importance pour l'histoire de cette maladie cérébrale. Dans l'observation suivante, on rencontre les mêmes désordres morbifiques, avec une série de symptômes très-différents, mais avec une remarquable similitude dans le mode de terminaison.

Obs. XXXII. Un homme de trente-huit ans avait eu, pendant deux ans avant sa mort, plusieurs attaques d'épilepsie, desquelles néanmoins il s'était toujours promptement rétabli. Le matin du 27 décembre 1827, il fut trouvé dans son lit privé de parole et paralytique du côté droit. La parole revint dans le courant de la journée ; la paralysie continua, comme il arrive ordinairement, et au bout de quelque temps il commença à reprendre un peu de mouvement dans les parties paralysées. Lorsqu'il vint à Édimbourg, à peu près un mois après cette attaque, il avait repris l'usage de sa jambe, de manière à pouvoir faire, avec beaucoup d'efforts, un ou deux tours dans sa chambre; il y avait dans les mouvements du bras un degré d'amélioration beaucoup moindre; il articulait distinctement, mais sa bouche était considérablement déviée, et ses facultés étaient affaiblies à un certain degré. Il consulta le docteur Thomson, et sous l'influence du traitement ordinaire, sa santé s'améliora progressivement, au point qu'au bout d'un mois il put sortir dans les rues et aller à des distances considérables, tout en traînant toujours sa jambe; il put aussi presque porter sa main à sa tête. Le soir du 22 février, il alla souper en compagnie, et il sembla remarquablement bien; mais il se départit du régime abstème auquel on avait eu la précaution de le tenir. Le 23, on le trouva, à huit heures du matin, dans son lit dans un état d'insensibilité complète, accompagnée de convulsions violentes et générales, qui affectaient d'une manière plus intense les membres du côté droit. Les muscles de

la face étaient convulsés, les yeux roulants dans leurs orbites et insensibles à la lumière, la respiration laborieuse et convulsive. On eut recours, sans aucun soulagement, aux saignées et aux autres moyens actifs ordinairement employés. Les convulsions continuaient au même degré lorsque je vis le malade à onze heures; il mourut à deux.

Ouverture du cadavre. — Le cerveau était sain extérieurement; il n'existait qu'une adhérence ancienne des membranes près de la partie postérieure de la faux, et un épanchement très-faible sous l'arachnoïde. Les ventricules contenaient, comme à l'ordinaire, une très-petite quantité de fluide. A l'extérieur du ventricule gauche, et séparée de lui par une portion mince de substance cérébrale, se trouvait une portion de cerveau dans un état de ramollissement complet, et devenue diffluente. Cette partie malade avait environ un pouce de hauteur, et environ la moitié ou les trois-quarts d'un pouce de diamètre à sa partie supérieure. Elle se rétrécissait graduellement en descendant sur le côté du ventricule, et se terminait enfin tout-à-fait en pointe. Il y avait un ramollissement considérable d'une partie de la moelle allongée, et de l'origine du cordon rachidien : on ne put trouver, en examinant avec la plus grande attention, aucune autre lésion morbide.

Je n'entreprendrai point de donner d'explication des accidents éprouvés par les sujets de ces dernières observations, ni de les concilier avec les anciennes idées sur les maladies du cerveau. Je me contente de présenter ces faits comme ayant été recueillis avec soin et rapportés avec fidélité; ils pourront s'expliquer plus tard par des observations ultérieures sur cette maladie remarquable.

§. VI. *Inflammation du tissu cérébral sous forme chronique, avec ramollissement étendu, et maladie remarquable de l'artère basilaire.*

Obs. XXXIII. Un jeune homme de dix-huit ans était affecté, depuis six ou huit semaines, de toux et de douleurs dans le thorax; il était considéré comme phthisique. Depuis plusieurs jours il était beaucoup mieux, lorsque le 15 décembre 1819, il tomba subitement frappé de perte de sentiment et de mouvement, avec une paralysie du côté gauche et contorsion de la bouche. Lorsqu'il se rétablit en partie il se plaignit d'une violente douleur à la tempe droite; sa parole était très-embarrassée, et il semblait dans une grande stupeur. On eut recours avec beaucoup d'activité, mais sans beaucoup d'avantage, au traitement ordinaire : pendant les dix jours suivants l'amélioration fut faible et même nulle; le côté gauche était toujours complétement paralysé; le coma était profond; il ne pouvait articuler distinctement les mots : il indiquait cependant la tempe droite comme le siége de son mal; les accidents thoraciques avaient du reste complétement cessé. En janvier 1820, son état s'améliora au point qu'il éprouvait moins de douleur à la tête, et que la jambe avait repris une grande partie de ses mouvements; mais le bras resta tout-à-fait paralysé; la toux reparut alors et s'accompagna d'une douleur considérable dans le côté droit du thorax. Aucun changement ne fut observé jusqu'au 15 février; il survint alors de la douleur à la partie postérieure de la tête, et le malade perdit la parole et la faculté d'avaler. Il reprit presque aussitôt l'usage de la parole; mais la déglutition resta impossible : on ne put dès-lors le nourrir qu'avec des liquides introduits dans l'estomac avec un tube de gomme élastique. Il avait alors toutes ses facultés intellectuelles, et n'éprouvait aucune douleur; la toux avait de nouveau cessé; le pouls conservait sa fréquence na-

turelle, mais il était faible. Au commencement de mars il sembla reprendre des forces, en sorte qu'il se promena plusieurs fois en voiture. La jambe gauche avait repris beaucoup de mouvement, mais le bras restait tout-à-fait paralytique : la déglutition était toujours impossible; la parole était libre et les facultés intellectuelles dans leur intégrité. Il périt subitement le 20 mars : la veille il avait été extrêmement pâle et faible sans cause déterminante.

Ouverture du cadavre.—A l'enlèvement de la dure-mère, on aperçut sur le milieu de l'hémisphère droit une dépression remarquable, que l'on reconnut à l'incision provenir de la présence d'un ramollissement étendu. Dans ce point, la substance cérébrale était réduite en une pulpe blanche et molle, dans laquelle on ne reconnaissait aucune apparence de pus, et qui ne répandait pas d'odeur fétide. Ce ramollissement s'étendait à toute l'épaisseur de l'hémisphère : dans le tissu cérébral contigu à cette partie malade, il y avait un petit abcès dont le volume n'excédait pas celui d'une fève; il était circonscrit par un kyste mou formé de lymphe coagulable. Il y avait un petit épanchement dans les ventricules, et aucune autre lésion morbide dans la substance du cerveau. L'artère basilaire, dans l'étendue d'un pouce environ, était très-dilatée et dure, et complétement remplie dans cette partie par une matière solide blanche, n'ayant aucune ressemblance avec du sang. Antérieurement à cette portion dilatée, un petit caillot sanguin remplissait l'artère; les poumons étaient assez sains; mais une couche considérable de lymphe coagulable formait une masse épaisse entre le poumon droit et la plèvre costale, du côté gauche, immédiatement au-dessus du diaphragme.

§. VII. *Ramollissement combiné avec la suppuration du tissu cérébral.*

Obs. XXXIV. Un homme de vingt-quatre ans était, depuis deux ans, sujet à une céphalalgie qu'il rapportait toujours au côté droit de la tête. En février 1818, il contracta la syphilis : il négligea de se traiter; la maladie devint invétérée et dura quatorze mois; durant ce temps la céphalalgie perdit de son intensité, mais elle occupa toujours la tempe droite. En juin 1819, il se manifesta un engourdissement dans le pouce gauche, qui s'étendit graduellement au bras; il eut ensuite une paralysie complète du bras et de la jambe gauche, avec une douleur violente à la tempe droite. Un délire maniaque se manifesta et dura trois jours : on le combattit avec succès par de copieuses saignées, et la guérison fut complète au bout d'un mois; les mêmes accidents se reproduisirent au mois d'août, et cédèrent encore de la même manière. Ce jeune homme continua à bien se porter jusqu'au 27 novembre, où il se plaignit d'une violente douleur dans toute la tête. Dans la nuit suivante il perdit la parole et fut paralysé du côté gauche; les mâchoires étaient serrées; il conservait la sensibilité et il exprimait ses sensations par signes; le pouls donnait quatre-vingt-dix-huit pulsations; il était petit et irrégulier. Le 28, il n'y eut aucun changement; le 29, le corps était roide comme dans le tétanos; le coma survint, et la mort arriva le soir.

On trouva à l'ouverture du cadavre la partie antérieure et inférieure de l'hémisphère droit malade dans une grande étendue; la substance cérébrale, ramollie dans ce point, était mêlée de pus d'une fétidité intolérable. Il y avait une petite quantité de liquide dans les ventricules; on ne trouva aucune autre trace de maladie dans aucun autre point du cerveau [1].

[1] Je donnerai plus loin, dans une note additionnelle à la section II de la 2e partie de cet ouvrage, une observation sur une phlegmasie de veines

§. VIII. *Suppuration non circonscrite du tissu cérébral.*

Obs. XXXV. Un jeune homme de dix-huit ans était depuis plusieurs années affecté d'une surdité considérable; il était aussi sujet à un écoulement purulent par les oreilles. Il fut affecté en 1810 d'un abcès chronique derrière l'oreille gauche; l'ouverture de cet abcès servit à porter dans le foyer un stylet qui pénétra profondément dans les cellules mastoïdiennes : ce foyer fournit du pus pendant plus d'une année, et se guérit ensuite, laissant une cicatrice enfoncée. Depuis lors le jeune homme fut sujet à de la céphalalgie, qui devint plus violente dans le commencement de 1813. Le 14 mai 1813, après avoir été languissant pendant plusieurs jours et s'être plaint de la tête, il fut pris d'une violente céphalalgie et de vomissements fréquents : il fut très-oppressé, et il resta dans un état d'assoupissement, duquel il ne pouvait souffrir qu'on le fît sortir. Son pouls donnait soixante pulsations. Il fut traité par les moyens ordinaires : par de larges saignées générales et locales, par les purgatifs, par les vésicatoires, etc. Le 15, la céphalalgie était encore violente, mais les vomissements avaient cessé; le pouls était toujours à soixante pulsations. Il avait eu plusieurs attaques violentes de frisson : il était abattu et porté au sommeil, mais il conservait ses facultés. Les yeux étaient dans l'état naturel. Le 16, la céphalalgie avait diminué et l'accablement était plus grand; dès-lors, il tomba dans une stupeur incomplète dans laquelle il parlait sans cesse, mais cependant, en général, d'une manière raisonnable. Le pouls variait de quatre-vingts à cent-vingt pulsations. Il mourut le 22 sans avoir eu de coma, et d'une manière presque inattendue. Il n'avait cessé de reconnaître ceux qui l'entouraient, que douze heures environ avant sa mort. Il n'avait rien éprouvé du côté de la vision

cérébrales, qui offre aussi un exemple remarquable de phlegmasie de la pulpe cérébrale terminée par suppuration. A. N. G, *trad.*

jusqu'au jour de sa mort, qu'il devint aveugle. Il n'eut ni paralysie, ni aucun symptôme convulsif.

Ouverture du cadavre. — L'hémisphère droit du cerveau, dans la moitié environ de son épaisseur, était entièrement réduit en une masse de pus fétide; ce pus était fluide au centre de cette masse, et vers ses parties externes il était d'une consistance plus pulpeuse. On trouva dans cette masse quelques petits caillots de sang, et les ventricules contenaient une quantité considérable de fluide sanguinolent.

Obs. XXXVI. Un jeune homme de dix-huit ans était affecté, le 10 juillet 1815, d'une violente céphalalgie, s'étendant à la partie supérieure et postérieure de la tête, et accompagnée d'une douleur intense dans le cou, où elle était beaucoup augmentée par le mouvement de la tête. Il était très-accablé; le pouls était naturel; la face était pâle, la langue était nette et les yeux dans l'état naturel. Ce jeune homme était malade depuis trois jours, et la maladie avait débuté par un frisson. Il avait été sujet, pendant plusieurs années, à un flux purulent par les oreilles, avec surdité. Les moyens ordinaires, les saignées générales et locales, les purgatifs, les vésicatoires, etc., furent mis en usage. Les saignées furent suivies, chaque fois qu'on les répéta, d'un grand soulagement; et le sang qu'elles donnèrent était dense; mais le soulagement ne fut que passager. Le 13 juillet, il avait eu du strabisme avec double vision : ce symptôme avait continué le 14, et avait ensuite disparu pour ne plus revenir. La céphalalgie continua à degrés variables; elle ne provoquait parfois que de légères plaintes, et d'autres fois elle constituait la plus violente douleur : il se manifesta aussi par instants du délire, mais il fut léger et passager. Il y avait beaucoup d'accablement, mais il n'existait ni coma, ni paralysie; la mort arriva le 17 presque subitement. A ma dernière visite, ce malade s'était lui-même assis sur son lit avec

peu de secours; il répondait distinctement aux questions qu'on lui adressait, et il reconnaissait tous ceux qui l'entouraient. Le pouls donnait soixante pulsations; la vision était naturelle : la mort arriva quelques minutes après mon départ.

Ouverture du cadavre. — Toute la partie postérieure de l'hémisphère gauche du cerveau était réduite en une masse suppurée, non circonscrite. Il y avait un dépôt considérable de lymphe coagulable en plusieurs points de la surface du cerveau, spécialement sous les lobes antérieurs. Il y avait une très-petite quantité de fluide dans les ventricules, et un ramollissement considérable de la voûte. Dans la substance du cerveau, près de sa base, se trouvait une petite tumeur de couleur cendrée, qui contenait une matière caséeuse presque suppurée. La partie de la dure-mère qui tapisse le temporal sur sa portion auditive était épaissie et spongieuse, et la portion de l'os correspondante à la partie malade de cette membrane avait une légère apparence de carie.

§. IX. *Suppuration étendue, non circonscrite, avec épanchement de sang.*

Obs. XXXVII. Un homme âgé de quarante ans se plaignait depuis deux mois de douleurs fréquentes et de battements dans le côté gauche de la tête. En mars 1814, il commença à avoir des mouvements convulsifs dans le bras et la jambe droite. Ces mouvements convulsifs se manifestaient par accès, et duraient ordinairement environ une minute. Dans les intervalles il pouvait continuer le travail de son état de forgeron. Ces paroxismes devinrent moins fréquents après une saignée et un purgatif, et cessèrent au bout de huit ou dix jours. Il eut ensuite des vertiges, de la confusion dans les idées, et un engourdissement considérable du côté droit. Quelque temps après il eut dans le bras droit et dans la jambe des mouvements exactement semblables à ceux qu'on

observe dans la chorée. La myotilité dans ces parties s'affaiblit en même temps ; et après deux mois de la manifestation des accidents spasmodiques, les bras et la jambe devinrent entièrement paralytiques. La parole fut alors gênée; les mots furent d'abord inarticulés, et progressivement la parole se perdit, au point qu'au milieu de juin il ne pouvait articuler un seul mot. Le pouls, qui jusqu'alors avait été tout-à-fait naturel, commença à être fréquent. L'excrétion urinaire et la défécation devinrent involontaires; mais les facultés intellectuelles conservèrent leur intégrité. Il prenait la nourriture qu'on lui offrait, et montrait la langue lorsqu'on l'en priait; ses yeux étaient dans l'état naturel, et l'expression de ses traits annonçait qu'il jouissait de ses facultés intellectuelles; la vue et l'ouïe semblaient parfaites; mais il ne faisait aucun effort pour parler. Il poussait souvent des cris comme de douleur, en portant en même temps sa main à sa tête : fréquemment il versait des larmes. Cet état continua jusqu'à la fin de juillet; le malade tomba alors dans le coma, et périt en trois jours.

Ouverture du cadavre. — La dure-mère enlevée, l'hémisphère gauche du cerveau s'affaissa; il était mou et fluctuant dans toute son étendue, comme serait un sac rempli de fluide. A l'incision on reconnut qu'il existait à peine un demi-pouce d'épaisseur de substance cérébrale saine; le reste de l'hémisphère était presque réduit en une masse liquide, formée en partie de matière purulente, et en partie de substance cérébrale dans un état de pulpe molle; mais la plus grande partie de cette matière était du pus. La cavité du ventricule était isolée dans cette masse altérée par la membrane qui la tapisse, et contenait une petite quantité de fluide séreux. Un caillot de sang, du volume d'une noix, se trouva dans la substance de la couche optique gauche.

§. X. *Abcès enkystés dans le cerveau.*

Obs. XXXVIII. Une jeune fille de onze ans, mince et délicate, après s'être plainte, pendant quelques jours de céphalalgie, fut prise, le 11 janvier 1817, de convulsions qui continuèrent pendant une demi-heure environ. Je la trouvai le lendemain avec une violente douleur de tête, et une paralysie, du bras droit qui avait immédiatement suivi les convulsions. Le pouls donnait cent pulsations; la langue était sale; la face était pâle et le regard languissant : elle se trouva très-soulagée après une saignée du bras, l'administration d'un purgatif et l'application du froid sur la tête. Le 13, le pouls était naturel; la céphalalgie était beaucoup moindre, et le bras avait repris en grande partie ses mouvements. Le 15, la céphalalgie étant devenue plus intense, et la paralysie du bras ayant augmenté, elle fut saignée de nouveau. Le 16 et le 17, l'amélioration était considérable, le pouls était naturel, et les mouvements du bras étaient beaucoup plus étendus. Le 18, après une augmentation de la céphalalgie et un vomissement, elle tomba dans des convulsions qui restèrent entièrement limitées à la tête et au bras droit; la tête était tirée vers le côté droit; les yeux roulaient dans leurs orbites, le bras était agité de mouvements continus et violents; elle conservait ses facultés, et elle se plaignait de céphalalgie; le pouls donnait cent pulsations : une saignée de 8 onces fit cesser immédiatement les convulsions et diminua la céphalalgie; mais le bras droit resta complètement paralysé. Le 19 et le 20, le bras avait repris du mouvement; il restait de la céphalalgie, et il survenait de temps en temps des vomissements : le pouls était à soixante pulsations. Les trois jours suivants les attaques de convulsions revinrent plusieurs fois, mais elle n'affectèrent plus la tête ni la face; elles restèrent entièrement confinées dans le bras droit, qui, après le 23, resta dans un état de para-

lysie permanente. Jusqu'alors les convulsions n'avaient point affecté d'autres parties du corps que celles que nous avons indiquées; mais le 24 elles attaquèrent la cuisse et la jambe droites qui restèrent paralysées; le pouls ne s'élevait pas au-dessus de soixante pulsations ; on eut encore recours aux premiers remèdes avec la même activité, mais sans aucun avantage, pour arrêter les progrès du mal. Les accidents successivement observés pour le bras droit se manifestèrent dans la cuisse et la jambe du même côté, qui restèrent dans un état de paralysie permanente. Lorsqu'on commença à observer des convulsions dans la jambe droite, le bras en fut affecté en même temps; mais plus tard les mouvements convulsifs furent confinés dans la cuisse et la jambe droites, le bras restant immobile. Le 4 février, la paralysie s'étendit à tout le côté droit; il ne reparut plus de convulsions; la malade conservait toujours toutes ses facultés; elle ne se plaignait que peu de son état; le pouls variait de cinquante à soixante pulsations: il ne survint aucun changement pendant plusieurs jours, excepté la paralysie de tout le côté droit; il n'y avait aucun dérangement dans toutes les fonctions. Elle conservait tous ses sens, l'appétit était bon; le pouls et la vision étaient dans l'état naturel, et la malade ne se plaignait même que de peu de souffrance : elle avait cependant le désir de rester couchée sans qu'on la troublât, et elle s'affaiblissait graduellement. Le 11, elle arriva à l'état de coma complet, dans lequel elle resta trois jours : elle périt le 14.

Ouverture du cadavre. — A la partie supérieure de l'hémisphère gauche du cerveau, il y avait deux abcès distincts bien circonscrits. Ces abcès contenaient ensemble de 6 à 8 onces de pus très-fétide : les parois de ces abcès étaient revêtues d'une membrane blanche assez solide, et une cloison mince de matière blanche dense les séparait l'un de l'autre. L'un de ces foyers occupait la partie antérieure de

l'hémisphère, très-près de sa surface, et l'autre était situé immédiatement derrière le premier : il n'y avait aucune communication entre ces deux abcès, ni entre eux et le ventricule. A la partie postérieure de l'hémisphère droit se trouvait un petit abcès contenant environ une demi-once de pus. Aucun épanchement séreux ni aucune lésion apparente n'existaient en aucun autre point du cerveau.

Obs. XXXIX. Un jeune homme de vingt-un ans était depuis plusieurs années affecté de toux avec expectoration puriforme, souvent très-abondante. Il avait aussi eu des attaques réitérées d'hémoptysie, dont quelques-unes avaient été très-copieuses. Il était très-petit et d'une faible constitution, mais il jouissait d'une santé tolérable. Il vaquait aux devoirs de son état de clerc de procureur. Dans les premiers jours de juillet 1822, il commença à se plaindre de la tête; quelque temps auparavant il avait éprouvé parfois, étant assis à son bureau, des éblouissements dont il n'avait pas tenu beaucoup de compte. Sa maladie débuta par la céphalalgie, avec langue saburrhale et fréquence du pouls : elle continua ainsi pendant huit ou dix jours sans donner d'inquiétude, avec les soins bien dirigés du docteur Johnston. Le malade parut se rétablir graduellement; le pouls perdit sa fréquence : la céphalalgie diminua considérablement, mais ne cessa point complétement. Je le vis vers le 15 juillet; le pouls était alors descendu à cinquante pulsations; il était faible et languissant. Il y avait de la céphalalgie, et un air d'abattement chez ce jeune homme. La pupille était dilatée, la vue était évidemment imparfaite, et il commença à y avoir de la faiblesse dans le bras et la jambe gauches. La céphalalgie que le malade avait d'abord ressentie, surtout au côté gauche de la tête, avait alors son siége principal dans le côté droit, quoiqu'elle s'étendît souvent au travers du front; la toux continuait avec une expectoration considéra-

ble de fluide puriforme tenace. Il n'y avait aucune douleur dans la poitrine, ni aucune gêne de la respiration; mais les battements du cœur se sentaient tout-à-fait dans le côté droit du thorax. Ce phénomène avait été constaté depuis plusieurs années; on n'avait aucune donnée sur l'époque à laquelle il avait commencé. Le pouls était faible et languissant, et le malade était pâle et semblait épuisé. Il y eut peu de changements pendant plusieurs jours; le pouls restait à cinquante pulsations, et descendait quelquefois à quarante-huit. Trois ou quatre jours après, il se manifesta une légère attaque de convulsions; une seconde survint deux jours après : on n'observa, du reste, aucun changement dans les autres symptômes. Le 24, il y eut une légère incohérence dans les idées, qui disparut aussitôt. La pupille était encore considérablement dilatée, quoique sensible à l'action de la lumière; il y avait encore de la céphalalgie, mais le malade ne s'en plaignait pas beaucoup; il sentait de la propension au sommeil et demandait qu'on ne le réveillât pas; lorsqu'il parlait, il faisait preuve qu'il jouissait de toutes ses facultés intellectuelles. Vers le 26, il y eut un mieux apparent très-remarquable; la céphalalgie diminua, et le pouls commença à prendre de la force. Le 27, le pouls s'éleva à cent-huit pulsations; le malade tomba dans un coma plus marqué; il conservait cependant ses facultés lorsqu'on l'en retirait. Le 28, le pouls donna cent-vingt pulsations; il y eut le matin une expectoration purulente copieuse, et le malade semblait épuisé; il était assoupi et très-accablé, mais il répondait raisonnablement, lorsqu'on l'éveillait, aux questions qu'on lui adressait. Il pouvait encore mouvoir le bras gauche, mais avec lenteur et difficulté, et les mouvements étaient sans précision, ayant quelque ressemblance avec ceux de la chorée, comme s'il eût jeté tout le bras en avant par un violent effort des muscles de l'épaule. Il avait rarement essayé de mouvoir la jambe depuis plusieurs jours. Il y eut dans la

journée un léger degré de strabisme : il mourut dans la nuit, sans aucun autre accident nouveau.

Ouverture du cadavre. — Le cerveau était sain extérieurement. A la partie supérieure et antérieure de l'hémisphère droit, très-près de la surface du cerveau, il y avait un abcès qui contenait environ une once de pus très-fétide. Un autre abcès, un peu moins volumineux, se trouvait à la partie postérieure du même hémisphère. Ces abcès, très-distinctement circonscrits, n'étaient pas aussi distinctement revêtus d'une membrane. La matière cérébrale environnante était légèrement ramollie. A la partie antérieure de l'hémisphère gauche, immédiatement au-dessus de sa surface, et dans la partie qui se prolonge au-dessus de l'orbite, il y avait un petit abcès, qui contenait de 1 à 2 drachmes de pus; un autre, d'un volume plus considérable, se trouvait à la partie postérieure de l'hémisphère. Ces abcès étaient tous au-dessus du niveau des ventricules, excepté celui qui occupait la partie postérieure de l'hémisphère droit, qui descendait derrière le ventricule. Les ventricules étaient vides, et il n'y avait aucune autre maladie dans le cerveau. Le poumon droit était réduit en une petite masse brune, ressemblant à la rate. Cette masse était remplie d'abcès, qui communiquaient tous les uns avec les autres et avec la trachée. Le cœur était en contact avec cette masse, dans le côté droit du thorax; le poumon gauche était tellement dilaté, qu'il remplissait tout le reste du thorax. Il était tout-à-fait sain, sauf qu'il contenait une petite masse tuberculeuse solide à sa partie supérieure.

L'observation suivante a présenté des abcès cérébraux enkystés avec des symptômes très-différents de ceux qui ont été observés dans les cas précédents.

Obs. XL. Un homme de quarante-trois ans avait depuis dix jours de la céphalalgie, qui ne l'empêchait cependant

pas de se livrer à ses occupations ordinaires. Le 9 mai 1827, à une heure du matin, il fut pris de paralysie du côté gauche de la face, et il tomba dans le délire, pendant lequel il était difficile à contenir. Ces accidents continuaient encore quelques jours après, lorsque le docteur Huie le visita ; les pupilles étaient contractées, les yeux étaient agités de mouvements continuels. La peau était chaude ; le pouls donnait quatre-vingt-dix pulsations : il était plein et fort. Les membres n'étaient point paralysés ; le malade fit même la plus vive résistance lorsque le docteur Huié voulut le saigner ; il y parvint cependant, et il lui tira trente onces de sang. Dans l'après-midi, il existait un coma considérable, avec respiration stertoreuse ; mais ces deux symptômes disparurent après une autre saignée. Le 10, la paralysie de la face avait disparu, mais le délire et l'agitation continuaient. Le pouls donnait cent pulsations. On eut recours aux saignées locales, et à l'administration d'un purgatif avec l'huile de croton. Le 11, il n'y avait plus de délire, et le malade était en repos ; le pouls donnait cent-huit pulsations : le délire revint dans l'après-midi. Le 12, il était tantôt assoupi, tantôt agité ; le pouls était petit, et donnait cent-vingt pulsations. La mort arriva dans la nuit.

On trouva dans le cerveau, à la dissection du cadavre, trois abcès complétement enkystés et remplis de pus bien formé. Le premier se trouvait dans le lobe antérieur de l'hémisphère gauche, et contenait environ trois drachmes de pus. Le second était dans le lobe postérieur du même hémisphère ; il était beaucoup plus volumineux, et il s'était ouvert dans le ventricule, qui était rempli du liquide qu'il contenait. Le troisième était dans la partie postérieure de l'hémisphère droit, et paraissait tendre à se rapprocher de la surface du cerveau.

On trouve encore une plus grande obscurité de symptômes dans l'observation suivante, que je dois au docteur Ali-

son, qui l'a recueillie dans les salles de clinique qui lui sont confiées, en juin 1827.

Obs. XLI. Un homme de vingt-six ans fut pris de frisson, de céphalalgie, de malaise et d'une perte subite des forces, avec accès de délire dans la nuit. Deux jours après l'invasion de ces accidents, il fut admis dans les salles de clinique. Il pouvait alors marcher lorsqu'il était soutenu d'un côté, mais avec difficulté et beaucoup de faiblesse. Il traînait ses jambes et particulièrement la droite, plutôt qu'il ne les levait pour les détacher du sol. Il avait l'air stupide et insouciant, et il déclarait qu'il ne souffrait pas. Quelques heures après, il se plaignit d'une violente douleur à l'occiput, avec des vomissements fréquents. Cette douleur fut soulagée par une saignée. Le soir il était accablé, et répondait avec lenteur et difficulté aux questions qu'on lui adressait. Il avait encore de la céphalalgie et des nausées. La peau était chaude et sèche; le pouls variait de quatre-vingts à cent pulsations; il était vif et évidemment plein; la langue était sèche, les pupilles étaient dans l'état naturel : la respiration était courte et précipitée : environ une demi-heure après que cet état eut été constaté, il tomba dans un coma complet, avec dilatation des pupilles; une autre saignée fut employée sans succès : il périt moins d'une heure après.

Ouverture du cadavre. — Le cerveau était extérieurement d'une couleur brune rougeâtre; au côté droit du vertex était une tache de l'étendue d'un demi-écu, d'une couleur jaune verdâtre. En incisant sur ce point, on arriva sous une couche très-mince de la substance cérébrale, dans un abcès de forme irrégulière, qui contenait du pus bien formé, et qui semblait être entièrement limité à la substance grise du cerveau. A la partie postérieure de l'hémisphère gauche, au niveau du corps calleux, se trouvait un autre abcès, qui paraissait situé dans la substance médullaire, et qui était en-

touré par la substance cérébrale ramollie d'une couleur jaune livide. Deux autres abcès occupaient la partie postérieure de l'hémisphère droit : l'un dans la substance corticale, et l'autre dans la substance médullaire. On trouva aussi dans cette même partie un cinquième abcès très-petit, ayant environ le diamètre d'un pois, mais entouré d'un kyste plus tranché que les autres foyers. Il existait un ramollissement étendu de la voûte, du septum-lucidum, et de la partie inférieure du corps calleux. Le corps strié gauche était ramolli et avait une couleur jaune verdâtre. La surface de la couche optique gauche était érodée, ramollie, au point d'être presque fluide, mais elle conservait sa couleur naturelle.

§. XI. *Abcès d'une très-petite étendue dans le corps strié.*

Obs. XLII. Un homme de trente-trois ans fut attaqué, en janvier 1817, d'une violente pneumonie, avec symptômes de cardite; il se rétablit parfaitement par des saignées, par lesquelles on lui tira cent soixante onces de sang en cinq jours : quelque temps après sa respiration devint légèrement gênée, mais cet accident se dissipa graduellement. Il jouit d'une très-bonne santé jusqu'au milieu de février 1819. S'éveillant alors un matin, il trouva tout son côté gauche engourdi et insensible, mais sans aucune diminution remarquable des mouvements. La perte du sentiment s'étendait à la moitié de la face, limitée avec beaucoup de précision par une ligne qui passait sur le milieu du nez; il ne présentait aucun autre symptôme morbide : il n'avait point de céphalalgie, et le pouls était naturel. On eut recours à la saignée et aux purgatifs; les symptômes se calmèrent graduellement et disparurent en quatre ou cinq jours. Ses amis remarquèrent que depuis lors il avait l'esprit moins pénétrant qu'auparavant, et que sa mémoire était à un certain point affaiblie; au mois de mai ces symptômes augmentèrent, et environ dans le même temps il se plaignit d'un léger malaise

dans la tête, pour lequel il fut encore saigné. Il continua cependant les devoirs de sa profession d'avocat jusqu'au 16 de ce mois; il eut alors une grande confusion dans ses idées, et il se plaignit de la tête. Son pouls était alors assez faible, au point qu'il n'indiquait plus de recourir aux saignées générales. Un purgatif et une saignée locale le soulagèrent beaucoup; le soir il n'y eut plus de confusion dans les idées, et le malade ne se plaignit plus d'aucune douleur. Le 17, sur les deux heures du matin, on entendit un bruit remarquable qu'il faisait en dormant : ce bruit était, dit-on, une sorte de respiration convulsive; le coma se manifesta bientôt et s'accompagna de l'impossibilité d'avaler. Il resta dans cet état jusqu'à sa mort, qui arriva à neuf heures du soir. On eut recours aux moyens ordinaires sans le plus léger avantage.

On trouva à la dissection du cadavre, que toutes les parties du cerveau, à l'exception du corps strié, ne présentaient aucune trace de maladie. A la partie inférieure du corps strié gauche, il y avait un petit abcès irrégulier qui n'excédait pas le volume d'une petite fève; ce petit abcès contenait une matière purulente d'une fétidité remarquable. On découvrit aussi dans le centre du corps strié droit, un petit abcès régulièrement et exactement circonscrit, mais n'excédant pas le volume d'un petit pois. On ne trouva aucune autre trace de maladie dans aucune partie du corps.

§. XII. *Abcès dans la moelle allongée.*

Obs. XLIII. Un enfant de seize mois, que je n'ai vu qu'une fois, huit jours avant sa mort, était dans un état de santé déclinante depuis dix mois. On rapportait l'origine de cette mauvaise santé à une chute, dans laquelle on supposait que la partie postérieure de la tête ou du col avait été atteinte. Depuis ce temps, il était souvent très-accablé et il dépérissait graduellement. Trois mois avant le temps où je le vis, il

fut pris de strabisme, et il parut perdre le mouvement du bras et de la jambe droite. Ce strabisme disparut au bout de quelque temps, mais il revint ensuite de temps en temps. Il ne reprit cependant jamais entièrement l'usage du bras et de jambe ; ces membres parurent toujours plus faibles que ceux du côté opposé, et il n'essaya même que rarement d'allonger tout-à-fait le bras. Il s'était aussi manifesté, par instants, de légères convulsions. Lorsque cet enfant me fut présenté, je ne reconnus pas des symptômes très-tranchés, seulement l'émaciation était considérable; le pouls était fréquent, et il y avait de la constipation. Il était survenu d'abondantes évacuations alvines brunes, et cette diarrhée semblait arrêtée. Quelques jours après, le pouls devint d'une lenteur remarquable, et dans la même journée il fut attaqué de convulsions violentes. Ces accidents se renouvelèrent plusieurs fois pendant deux jours, et se terminèrent par la mort. Il n'y eut point de coma; les yeux continuèrent à percevoir les objets dans les intervalles des convulsions. L'enfant reconnut ceux qui l'entouraient jusqu'à un instant très-voisin de sa mort.

Ouverture du cadavre. — Il y avait plusieurs onces de liquide dans les ventricules du cerveau. Dans le tissu de la moelle allongée, au point où elle est croisée par le pont de Varole, se trouvait un abcès qui paraissait occuper tout son diamètre. Cet abcès avait l'apparence d'un abcès scrophuleux. Il était contenu dans un kyste dont la surface intérieure était d'une couleur jaune, et avait l'apparence ulcérée : il y avait une maladie considérable des glandes du mésentère.

§. XIII. *Abcès du cervelet.*

Obs. XLIV. Une demoiselle de dix-huit ans fut prise, le 4 mars 1813, d'une inflammation intestinale. Les symptômes inflammatoires furent enlevés par deux larges saignées ;

mais la constipation persista d'une manière opiniâtre, et l'on ne put la vaincre complètement jusqu'au 12. Pendant ce temps on eut recours à différents purgatifs joints à des lavements au tabac : le calomélas administré comme purgatif avait affecté la bouche dès le 7 mars. Depuis le commencement de sa maladie, cette demoiselle s'était plainte de l'oreille gauche; et vers le 7, elle commença à avoir de la céphalalgie. Ces accidents, d'abord légers, n'excitèrent d'abord que peu d'attention à cause de la gravité des autres symptômes. Ils augmentèrent cependant, et ils furent si intenses le 11, que la malade se tenait les mains pressées sur les tempes, poussant des cris de douleur : le pouls était alors naturel, et la malade n'avait ni vomissements ni douleur intestinale. Le 11, il survint un écoulement considérable par l'oreille gauche. Le 13, le pouls s'éleva subitement à cent soixante pulsations par minute, et il y eut un tel collapsus que l'on fut obligé d'administrer du vin. Le pouls perdit aussitôt de sa fréquence, au point que le 14 au soir il était à quatre-vingts pulsations, et le 16 à soixante : la céphalalgie persistait. Le 14, il y eut de la propension au coma, qui augmenta le 15, et s'accompagna de dilatation des pupilles. Il n'y avait plus guère à compter sur un traitement actif; les saignées locales, les vésicatoires et tous les autres remèdes habituels avaient été inutilement employés. Le 16, le pouls reprit de la fréquence et devint très-variable : il oscilla dans le cours de quelques minutes, de quatre-vingts à cent vingt pulsations; la malade était dans un état d'abattement extrême, mais lorsqu'elle était éveillée, elle parlait sensément; la céphalalgie était toujours intense. Le 18, elle ne pouvait plus avaler; elle demandait cependant encore à boire, quoiqu'elle fût près de suffoquer en avalant ses boissons : le pouls variait de quatre-vingt-dix à cent cinquante pulsations. Le 19, strabisme, dilatation des pupilles, pouls variant de quatre-vingt-seize à cent soixante pulsations. Le 20, aug-

mentation du strabisme; une ou deux déglutitions purent se faire avec effort, et d'autres fois elle faillit suffoquer en voulant avaler. Elle avait encore toutes ses facultés intellectuelles lorsqu'on la tirait du sommeil, et elle se plaignait de céphalalgie. Elle baissa graduellement, et périt le 22 : elle n'avait cessé qu'environ une heure avant sa mort d'avoir toutes ses facultés lorsqu'on l'éveillait, et de connaître ceux qui l'entouraient; elle avait aussi conservé le sens de la vue, quoique ses pupilles fussent très-dilatées.

Ouverture du cadavre.— Le cerveau n'offrait rien de non-naturel à sa surface. Sa substance semblait seulement plus vasculaire; les ventricules étaient distendus par un liquide incolore; le lobe gauche du cervelet était converti en un véritable sac rempli de matière purulente d'une couleur verdâtre, et d'une fétidité intolérable. Cette matière était renfermée dans un kyste mou et organisé qui paraissait de formation récente. La portion de la dure-mère qui correspondait au côté extérieur de cet abcès, était épaissie et spongieuse; l'os était sain. L'origine du colon et huit pouces environ de l'extrémité de l'iléon étaient d'une couleur brune livide; mais leur structure n'était point altérée [1].

[1] L'inflammation violente de l'extrémité de l'iléon et de l'origine du colon, dont on a trouvé les traces sur le cadavre, s'est annoncée par une constipation opiniâtre, contre laquelle on a dirigé une médication purgative très-active. Ce fait est un exemple, entre beaucoup que l'on pourrait rapporter, à citer à ceux qui ont assigné pour caractère constant aux inflammations iléo-cæcales et iléo-coliques l'existence de la diarrhée. Il est important de remarquer aussi que cette lésion si grave du tube digestif n'a pas donné lieu dans tout son cours à de la fréquence dans le pouls; elle a été ramenée le 4 et le 11. L'auteur signale positivement l'absence de fièvre, qui a encore été obtenue plus tard, le 15, après l'usage d'un excitant puissant. Si le pouls peut rester à son rhythme naturel dans une inflammation intestinale et encéphalique aussi intense; si, après avoir pris une grande fréquence, il peut être ramené à son rhythme par un médicament aussi excitant que le vin, il faut bien admettre que la fréquence du pouls n'est pas toujours une mesure bien certaine de la violence d'une inflammation interne. L'effet que l'on a obtenu du vin prouve aussi que les excitants, même

Nous avons déjà rapporté ci-dessus un exemple d'abcès dans le cervelet. (*Voy.* obs. III.)

§. XIV. *Ulcération de la surface du cerveau.*

L'ulcération de l'encéphale s'observe rarement; cependant elle a été décrite par plusieurs auteurs. Un homme, dont le docteur Scoutetten a observé la maladie, avait une violente céphalalgie, suivie d'un grand dérangement des fonctions de l'estomac, et de prostration des forces. Des saignées locales et d'autres moyens analogues l'avaient soulagé; mais au bout d'une semaine, les symptômes augmentèrent, ainsi que la fièvre, et furent si violents qu'ils provoquaient des cris. Les accidents continuèrent sans amélioration jusqu'au vingt-sixième jour, qu'ils se terminèrent par la mort. Il n'est question d'aucun autre symptôme, si ce n'est de ce que le malade dormait avec les paupières fermées et l'avant-bras fléchi et contracté. Sur la partie inférieure du lobe antérieur de l'hémisphère droit du cerveau se trouvait un ulcère superficiel, de 15 lignes de longueur sur 7 de largeur. Cet ulcère était d'un aspect jaunâtre : ses bords étaient inégaux et dentelés. L'arachnoïde et la pie-mère qui couvraient cette partie, étaient détruites par érosion; l'arachnoïde était enflammée en plusieurs autres points; le cerveau du reste était sain : une altération semblable fut trouvée à la partie postérieure du cerveau sur un homme mort d'une maladie chronique des intestins. Cet homme avait été affecté trois jours avant sa mort d'œdème au front et à la paupière gauche, de céphalalgie, de délire et de mouvements convulsifs des extrémités supérieures [1]. Le docteur Howship a aussi rapporté un exemple d'ulcération du cervelet observé à Gi-

dans des phlegmasies intestinales, peuvent diminuer la violence de la fièvre, lors même qu'ils nuisent par leur action topique sur des organes dont ne partie est enflammée. A. N. G., *trad.*

[1] *Arch. générales de méd.* t. VII, p. 51.

braltar [1]. Un soldat se coucha et s'endormit au soleil dans un jour de grande chaleur; il se réveilla bientôt très-souffrant; il fut retenu au lit pendant six semaines avec une douleur constante et violente au front. Il retourna ensuite à ses fonctions : on n'entendit plus parler de lui pendant six mois, après lesquels il revint à l'hôpital avec une douleur au front. La douleur était alors rémittente; elle revenait en général chaque matin : elle manquait quelquefois un jour, ou l'heure de l'accès changeait; il n'y avait point de fièvre. Deux mois après sa rentrée à l'hôpital, ce soldat tomba subitement dans le délire pendant la nuit, et expira bientôt après. On trouva à l'ouverture de son cadavre une injection vasculaire générale du cerveau, sans aucune lésion plus prononcée en aucun point. Lorsque l'on eut incisé la tente du cervelet, on trouva à la surface supérieure de cet organe une excavation ulcéreuse superficielle, ayant le diamètre d'un shelling. Cet ulcère contenait un ichor clair; la pie-mère correspondante à cette ulcération, était détruite, et la dure-mère était décolorée [2].

[1] *Med. and phys. journal, mar.* 1810.

[2] Les exemples d'ulcération du cerveau seraient moins rares qu'ils ne le sont effectivement, si l'on regardait comme de véritables ulcères les solutions de continuité auxquelles des auteurs ont imposé ce nom. Un ramollissement survient à la surface du cerveau ou sur les parois d'un ventricule, la pulpe, ramollie et désorganisée, se dissout et disparaît dans le liquide céphalo-rachidien qui la baigne ; est-ce là une ulcération ? Non, sans doute, c'est un ramollissement superficiel du cerveau. On trouve des exemples de ces solutions de continuité dans les auteurs, et on les y voit présentées comme de vraies ulcérations. Telle a été une maladie du corps strié dont M. Rochoux a consigné l'histoire dans ses *Recherches sur l'apoplexie*, p. 175. C'est ainsi qu'on peut considérer comme les résultats du ramollissement inflammatoire superficiel du tissu cérébral, des lésions que Morgagni a décrites sous le titre d'ulcères du cerveau, dans ses lettres II, art. 9, et XI, art. 2 et 4. Il ne faut cependant pas conclure de ce que l'on a confondu avec des ulcérations les résultats du ramollissement inflammatoire du cerveau, que l'on ne rencontre jamais d'ulcères de cet organe ; les observations que M. Abercrombie a réunies prouvent le contraire; car la lésion des méninges a démontré dans ces cas que la solution de conti-

RÉSUMÉ GÉNÉRAL DES FAITS SUR L'INFLAMMATION DU TISSU DES HÉMISPHÈRES CÉRÉBRAUX.

Les faits rassemblés dans cette cinquième section semblent suffisants pour faire bien connaître les phénomènes qui se lient à l'inflammation du tissu des hémisphères cérébraux. L'observation XXIII a montré l'inflammation récente occupant la surface du cerveau, et les observations XXIV et XXV présentent cette inflammation dans la substance du cerveau, limitée à une portion circonscrite qui a offert tous les caractères de l'inflammation aiguë. Dans l'observation XXVIII, nous voyons la portion enflammée passant graduellement à l'état de ramollissement, et dans l'observation XXIX le ramollissement s'est présenté à son degré le plus avancé. Dans les faits suivants, le tissu complétement ramolli était, soit pur, soit combiné avec du pus. Nous avons vu ensuite l'inflammation déterminant la formation d'abcès isolés et enkystés, et finalement nous l'avons vue se terminer par ulcération de la surface du cerveau. On ne sait que bien peu de chose sur la cause de ces différentes terminaisons. Je présume que le ramollissement survient surtout dans la substance blanche, et la suppuration dans la substance grise; mais ce n'est, je le répète, qu'une conjecture. Les altérations qui se sont présentées dans plusieurs des faits que j'ai rapportés, mettent, je pense, hors de doute que le ramollissement est un effet de l'inflammation. J'ai déjà établi que je pensais que le ramollissement survenait aussi par une

nuité s'est opérée par une inflammation phagédénique. On peut encore joindre à ces faits un autre fait observé par Stoll, qui trouva sur le cadavre d'un homme qui avait souffert de la tête depuis un an et demi, et qui périt après douze jours d'accidents cérébraux très-intenses, *un petit ulcère du cervelet, avec érosion de la pie-mère des deux côtés, à l'origine de la portion dure du nerf auditif*. Il existait outre cela les traces d'une arachnoïdite aiguë suppurée (*Méd. prat.* t. III, p. 203). A. N. G., *trad.*

autre cause, nommément par l'état de maladie des artères, comme la gangrène des autres parties du corps que l'on voit aussi se manifester par ces deux causes opposées. Mon opinion concilierait les avis opposés qui divisent aujourd'hui les pathologistes sur la nature du ramollissement.

La diversité des symptômes qui accompagnent l'inflammation de la substance des hémisphères, est telle qu'elle ne permet guère d'en donner une description générale. Le plus ordinairement c'est par la céphalalgie, suivie de convulsions, que se manifeste la maladie. Ces convulsions occupent tantôt un membre et tantôt toutes les parties du corps : d'autres fois, la maladie débute subitement par les convulsions, sans être précédée d'aucune douleur; les parties qui ont été le siége des convulsions deviennent ensuite paralysées. Cependant dans l'observation XXIV on n'a observé aucune paralysie après trois jours des plus violentes convulsions; tandis que chez le sujet de l'observation XXIX la paralysie a été le symptôme dominant, et les convulsions ne sont venues que dans la période subséquente. Dans d'autres cas, on a vu la paralysie occuper un côté du corps, et les convulsions l'autre côté.

Nous ne possédons pas sur ce point intéressant de la science un nombre de faits suffisant pour nous mettre à même d'établir une description générale des symptômes, et pour assigner des symptômes propres aux siéges spéciaux ou aux terminaisons spéciales de la maladie. On possède cependant des faits nombreux d'une grande importance, qu'il est utile de rappeler, sans néanmoins en tirer d'autres conséquences que d'établir leur rapport avec les principales altérations morbides. Ces faits se rapportent particulièrement à la maladie, dans les conditions diverses d'inflammation simple, de ramollissement, de suppuration et d'ulcération du tissu cérébral : ils peuvent être aussi rapprochés de quelques intéressants phénomènes de l'état chronique.

§. I. Dans l'état d'INFLAMMATION SIMPLE, l'affection semble en général caractérisée par la céphalalgie et les convulsions. Lorsque la maladie a une marche moins aiguë, comme dans les observations XXVI et XXVII, on la voit déterminer la paralysie sans convulsions, et devenir fatale dans l'état d'inflammation simple, avec tous les symptômes d'une véritable apoplexie. D'un autre côté, la paralysie a précédé les convulsions dans l'observation XXIX. Dans quelques-uns des cas qui se sont terminés par la formation d'abcès enkystés, on est fondé à établir que la période inflammatoire a été caractérisée par les convulsions d'un ou de plusieurs membres, suivies de paralysie temporaire, et que la paralysie permanente est survenue lorsque la maladie a passé à la suppuration. Dans quelques autres cas encore, il semble probable que l'état inflammatoire a produit une attaque de paralysie exactement semblable à une hémiplégie ordinaire survenue par d'autres causes. C'est ce qui a probablement eu lieu chez le sujet de l'observation XXXIII.

Le docteur Treutler a rapporté un exemple intéressant de cette maladie sous la forme la plus chronique [1]. Il s'agit d'une femme de 30 ans : elle était malade d'une hydropisie, qui avait succédé à une fièvre intermittente, et qui était liée à une maladie de la rate; le troisième mois de sa maladie, cette femme se plaignit d'une sensation de pesanteur à l'occiput, vers le côté droit, avec obscurcissement de la vue, et grande propension au sommeil. L'ouïe devint obtuse; la parole fut confuse, et elle perdit la mémoire. Elle sembla à la fin privée de toute action de la volonté sur chaque muscle, en sorte qu'elle en vint à ne pouvoir ni mouvoir les jambes et les bras, ni soutenir sa tête. Finalement, elle eut des convulsions et des attaques d'apoplexie, et elle mourut subitement à la fin du troisième mois de sa maladie, c'est-à dire moins d'un mois après l'invasion des accidents encéphali-

[1] *Auctarium ad Helminthologiam humani corporis*, p. 1.

ques. On trouva à la partie postérieure de l'hémisphère droit du cerveau, derrière le ventricule latéral, une portion du cerveau du volume d'une grosse noix, dans un état d'inflammation intense. Les membranes adhéraient en plusieurs points à la surface du cerveau; et, dans les lieux où elles étaient libres, il y avait un épanchement séreux sous l'arachnoïde. On ne trouva aucun fluide dans les ventricules. Il y avait des hydatides dans les plexus-choroïdes, et elles étaient plus nombreuses du côté droit. La rate était très-volumineuse, et il y avait dans l'abdomen plusieurs livres de sang extravasé : ce sang était contenu, partie dans la cavité de de l'épiploon, partie entre les lames du mésocolon, et partie sous la tunique péritonéale du colon descendant [1].

§. II. Le ramollissement de la substance cérébrale ne paraît être caractérisé par aucun symptôme uniforme. On ne trouve en particulier aucun motif fondé d'admettre les caractères assignés par les médecins français à cette altération cérébrale, savoir : qu'elle se distingue par la contracture d'un ou de plusieurs membres. Ce symptôme s'est présenté chez le sujet de l'observation XXIX, à une période très-précoce, et il a ensuite disparu. On a aussi vu cet accident coïncider avec les affections des membranes, sans aucune

[1] La rupture de la rate engorgée après les fièvres intermittentes, sur laquelle j'ai publié un mémoire (*Journal gén.*, t. C, 3e de la 3e *série*, p. 12), est un accident qui n'est pas très-rarement observé. La rupture se fait d'ordinaire à la surface convexe du viscère, aussi le sang s'extravase-t-il dans la cavité péritonéale; on a observé aussi que le sang infiltré dans la rate dilatée se fraie, dans quelques cas, une issue dans l'estomac, soit par une rupture ulcérative de ce viscère devenu adhérent à la rate, soit en refluant par les vaisseaux courts dilatés. Il n'existe, à ma connaissance, aucun exemple de rupture dans lequel le sang se soit extravasé sous le péritoine. Pour cela il faut que la rupture s'opère à la petite courbure du viscère, au lieu où il reçoit les vaisseaux spléniques; le sang se fait alors jour sous la membrane séreuse, qu'il décole, et va se loger dans la plicature du mésentère et de l'épiploon. Sous ce rapport, le fait observé par le docteur Treuller est très-intéressant pour l'histoire anatomique des maladies de la rate, encore si peu connues. A. N. G., *trad.*

maladie de la substance du cerveau, et avec des abcès cérébraux enkystés. On a aussi fréquemment observé la contracture dans les cas de typhus, dans lesquels les fonctions cérébrales sont fortement troublées, mais qui se terminent favorablement. M. Lallemand remarque dans ses Lettres sur l'encéphale, qu'ayant adopté l'idée que la contracture des membres était un signe de ramollissement du cerveau, il se trouva très-embarrassé en observant cette altération dans un cas où tous les membres avaient été dans le relâchement le plus complet.

Les cas où le ramollissement survient, semblent être en général caractérisés par des convulsions plus ou moins étendues, suivies de paralysie et de coma; les convulsions cessent quelque temps avant la mort, et le coma leur succède immédiatement; cependant, chez le sujet de l'obs. XXIX, les convulsions ont continué avec la dernière violence jusqu'au moment de la mort; tandis que chez le malade de l'observation XXXII, il n'est pas survenu de convulsions, mais bien une attaque subite de paralysie, ressemblant exactement à une attaque ordinaire d'hémiplégie survenue par d'autres causes. Dans les deux observations XXXI et XXXII, un ramollissement d'une très-petite étendue a été la seule lésion morbide en rapport avec des symptômes long-temps prolongés. La maladie est enfin, dans ces deux cas, devenue rapidement fatale par une attaque subite de convulsions. Dans quelques-unes des observations subséquentes, nous trouvons des exemples de la destruction la plus étendue de la substance cérébrale sans paralysie ni convulsions, et même sans coma. Dans un cas remarquable, dont je rapporterai entièrement l'histoire en parlant des tubercules cérébraux (obs. XCI), on trouva une destruction de la substance cérébrale la plus étendue peut-être qui ait été observée, avec laquelle le malade se mit au lit dans l'état où il était depuis plusieurs mois, et fut trouvé mort le lendemain matin.

On n'a point aussi de données suffisantes pour assigner au ramollissement de parties déterminées du cerveau des symptômes dans des organes particuliers. Les convulsions du même côté que celui où se trouve la maladie et la paralysie du côté opposé, semblent être les accidents les plus ordinaires; mais on a déjà fait observer qu'ils ne sont pas constants. Dans plusieurs cas la parole a été remarquablement lésée; mais on ne trouve point que, dans ces cas, le siége de la maladie ait été uniforme. Le retour de la parole qui s'est présenté chez le sujet de l'observation XXXIII, est une circonstance importante. Dans un fait rapporté par M. Lallemand, dans lequel la partie supérieure des deux hémisphères était affectée, il y avait résolution de tous les membres. Dans un autre cas où le ramollissement était situé à la protubérance annulaire, il y avait strabisme, résolution de tous les membres, et renversement de la tête en arrière. Le même auteur a donné deux observations sur la maladie ayant son siége dans le cervelet. Dans l'une, il survient de la céphalalgie, de la frénésie, des mouvements convulsifs, et la mort subite; dans l'autre, dans laquelle le siége du mal était dans le lobe gauche du cervelet, il y avait perte de la parole avec paralysie du côté droit, et stupeur : la mort arriva le huitième jour.

§. III. Dans les cas où la maladie se termine par SUPPURATION, on trouve la même variation dans les symptômes que dans les autres modes de terminaison. La suppuration, comme nous l'avons déjà fait remarquer, est tantôt confinée dans des abcès circonscrits et enkystés; tantôt elle n'est point circonscrite, et le pus est alors plus ou moins mêlé avec la substance cérébrale, dans un état de ramollissement. Dans cette dernière forme de maladie cérébrale, les symptômes sont souvent excessivement obscurs et indéterminés, comme dans les observations XXXV et XXXVI. Dans les

abcès enkystés, les symptômes semblent être en général plus tranchés et plus intenses. La marche des accidents a été très-remarquable dans l'observation XXXVIII : attaque subite de convulsions, suivie de paralysie d'un bras, arrivée probablement dans la période inflammatoire ; ces symptômes ont cessé par la saignée et d'autres remèdes, et le bras a recouvré ses mouvements. Les convulsions, et avec elles la paralysie, reviennent et cèdent de nouveau. Après plusieurs attaques de même espèce, la paralysie devient permanente, la cuisse et la jambe sont aussi envahies. Il paraît très-probable que, dans ce cas, les convulsions se sont renouvelées pendant le cours de la période inflammatoire, et que la période de suppuration a correspondu à la paralysie permanente. Trois abcès existaient dans le cerveau ; la formation successive de ces abcès a-t-elle eu quelque rapport avec les attaques successives de la maladie au bras et à la jambe ? Ce ne peut être qu'une conjecture. Dans un cas semblable, rapporté par Bartholin, la jambe fut la première affectée, et le bras ne fut entrepris qu'ensuite. On ne parle cependant que d'un abcès, et l'on dit qu'il était du côté opposé à celui qu'occupait la paralysie. Dans une observation recueillie par Schenkius, il y eut paralysie du côté gauche, convulsion du côté droit; il y avait un abcès superficiel du côté droit du cerveau. Je rapporterai en parlant des maladies du crâne, un fait en quelques points semblable, dans lequel il y avait paralysie du côté gauche, et mouvements convulsifs du bras droit. Chez une jeune fille de cinq ans, dont le docteur Bateman a recueilli l'histoire [1], on trouva, à la partie postérieure de l'hémisphère droit, un abcès enveloppé d'un kyste bien formé et vasculaire, qui contenait quatre onces de pus. La malade avait été d'abord prise de convulsions de tout le corps, qui avaient continué pendant

[1] *Edin. med. Journal*, vol. 1, p. 150.

près de deux jours; pendant ce temps, le côté gauche du corps était dans un état d'extension avec roideur, et le côté droit était agité de mouvements continuels. Lorsque l'attaque cessa, le côté droit resta paralytique. La malade avait de la céphalalgie, du strabisme, de la cécité et des accès de convulsions. Elle mourut après quinze semaines de maladie. Il n'y avait eu de coma que le dernier jour. Dans des cas de cette espèce, la paralysie est survenue sans convulsions, et dans d'autres, les convulsions ont été observées sans paralysie; mais on peut considérer l'un ou l'autre de ces accidents comme se liant également à l'existence d'abcès enkystés dans le cerveau. Dans un fait décrit par Morgagni, les symptômes dominants furent la douleur au côté gauche de la tête, le délire, la perte de la parole et l'affaiblissement des muscles du côté gauche du cou. Cet homme mourut au bout de quatorze jours, graduellement épuisé. Il y avait un abcès dans le corps strié droit, qui s'était ouvert dans le ventricule. Dans un cas observé par Valsalva, dans lequel la maladie avait son siége dans le corps strié droit, la parole avait été très-affectée, et un côté du corps avait été frappé de paralysie. Dans un autre cas, la prononciation avait cessé d'être distincte, et il y avait paralysie du côté droit : on trouva une cavité ulcéreuse à la base du cerveau du côté gauche. Dans une troisième observation, recueillie par le même auteur, la paralysie du côté droit et les convulsions du côté gauche se montrèrent avec une cavité ulcéreuse dans la substance du cerveau sous le plexus-choroïde du côté gauche.

Les symptômes qui s'observent dans ces affections cérébrales présentent différentes variétés sur lesquelles il est inutile d'entrer dans de longs détails. Dans un cas recueilli par M. Lallemand, il se manifesta des crampes dans les membres, suivies d'une attaque subite de paralysie du côté droit. Trois jours après, les membres déjà affectés furent pris de convulsions, qui se renouvelèrent pendant plusieurs

jours, et finirent par le coma mortel. Dans un autre cas rapporté par le même écrivain, l'invasion se fit par une douleur du côté droit de la tête, et un tremblement du bras gauche. Ce membre fut ensuite agité de mouvements continuels de flexion et d'extension; au bout de quelques jours il resta paralysé. Il y eut aussi des mouvements convulsifs des membres droits; l'abcès était dans le côté droit du cerveau. Sur un homme, dont parle M. Broussais, on trouva un abcès étendu au centre de chaque hémisphère; et il ne s'était manifesté d'autre symptôme qu'une lenteur particulière dans les manières, suivie de taciturnité, et de coma au bout de trente-sept jours.

Dans les cas les plus chroniques, l'abcès se trouve souvent renfermé dans une masse de matière tuberculeuse ou de substance cérébrale indurée. Ces altérations surviennent probablement dans les affections chroniques du tissu cérébral, qui, après être restées long-temps indolentes, ont, avec le temps, passé à la suppuration.

On a quelquefois trouvé un abcès dans le cerveau sans qu'aucun symptôme ait indiqué son existence. Morgagni en a rencontré un dans la partie postérieure du cerveau, chez un homme qui mourut d'une gangrène des fesses, sans avoir éprouvé aucun accident du côté de la tête. Un homme, que le docteur Powel a cité, fut reçu à l'hôpital Saint-Barthélemi avec de la toux, de la dyspnée et un crachement de sang : il périt après un mois de séjour à cet hôpital. Pendant quelque temps avant sa mort il resta dans un état d'assoupissement, avec du délire par instants, mais sans coma; il ne se plaignit jamais de la tête. On trouva les poumons fort altérés, et un abcès, du diamètre d'une grosse noix, dans la substance du cerveau, sous la partie antérieure du corps calleux[1].

[1] *Med. Trans. Coll. of. Phys. London*, vol. v.

Dans les abcès enkystés du cervelet, les symptômes semblent moins violents quo lorsque la maladie a son siége dans le cerveau. Il n'y eut que de très-légères convulsions chez le malade de l'observation III, et dans le sujet de l'observation XLIV, le symptôme le plus remarquable fut l'impossibilité d'exercer la déglutition. Dans un fait recueilli par Plancus, il y eut paralysie d'un côté, et l'on remarqua qu'elle existait du même côté que la lésion cérébelleuse [1]. Dans notre observation III, quoique la maladie fût dans le cervelet, le principal siége de la douleur était au front : cela a été observé dans d'autres cas de même espèce.

§. IV. L'ULCÉRATION SUPERFICIELLE DU CERVEAU semble se rencontrer rarement, et dans quelques cas de cette maladie on a observé des phénomènes particuliers, ou plutôt un caractère intéressant à noter. Un homme, qui a été observé par le docteur Powel [2], fut affecté de mouvements convulsifs du côté gauche du corps, qui avaient la plus grande ressemblance avec les symptômes de la chorée. Ces accidents cessaient pendant le sommeil, il n'y avait aucun autre symptôme morbide; ils durèrent cinq semaines, et se terminèrent subitement par la paralysie du côté affecté : aussitôt après, la main et le bras droits furent attaqués de convulsions, mais à un faible degré. Le malade tomba alors graduellement dans le coma, et périt après deux mois de maladie. Il existait sur la partie antérieure de l'hémisphère droit du cerveau une perte de substance superficielle produite par ulcération. Cet ulcère avait deux pouces de long et autant de large, et présentait une excavation irrégulière, dans laquello était déposée une couche mince de matière coagulée : une lésion semblable, mais moins étendue, existait à la partie anté-

[1] *Storia med. d'un Apostema del lobo destro del cervelletto.*
[2] *Trans. Col. Phys. London*, vol. v.

rieure de l'hémisphère gauche; il y avait beaucoup de fluide dans les ventricules. Une dame, dont le docteur Thomas Anderson, de Leith[1], a recueilli l'histoire, était sujette, depuis plusieurs années, à une céphalalgie, qui était très-violente au sommet de la tête. Après que cet accident eut duré un temps considérable, cette dame fut prise d'une affection convulsive du bras et de la jambe gauches. La maladie prit la forme de paroxismes qui revenaient plusieurs fois chaque jour, et qui duraient en général une demi-heure chaque fois. Cette maladie devint graduellement de plus en plus intense : le côté droit fut ensuite affecté légèrement des mêmes accidents, puis la malade devint sujette à des accès de coma, dans lesquels elle restait quelquefois jusqu'à vingt-quatre heures : la mort arriva enfin par les progrès de l'épuisement. Il y avait sur la surface de la partie supérieure de l'hémisphère droit du cerveau une perte de substance, une ulcération de deux pouces et demi de longueur, sur un pouce de large, et près d'un pouce de profondeur. Dans le fond de cet ulcère se trouvaient des lamelles minces d'une matière ferme, brune, avec des concrétions calculeuses, dont quelques-unes se réduisaient en sable à la plus légère pression.

Un fait aussi rapporté par le docteur Anderson, et dans lequel la maladie s'est formée sous les yeux, fait connaître l'effet de l'inflammation superficielle du cerveau ou de ses membranes. Un petit garçon eut, par suite d'un coup à la tête, une dépression d'un portion considérable de l'os pariétal droit : la portion déprimée avait pénétré au travers de la dure-mère, et appuyait sur le cerveau; il y avait paralysie du côté gauche, et l'œil gauche était insensible. La portion de l'os enfoncée fut relevée; la paralysie diminua considérablement, et la vision fut en grande partie rétablie dans l'œil.

[1] *Trans. Roy. Soc. Edin.* vol. 11.

Le troisième jour après l'opération, la plaie de la dure-mère s'enflamma; il survint une tuméfaction considérable; la jambe et le bras gauches se paralysèrent immédiatement, et la paralysie s'accompagna de convulsions; l'œil gauche devint aussi de nouveau insensible. Il y eut de fréquentes convulsions dans toutes ces parties pendant plusieurs jours, sans qu'il survînt aucune trace d'affection du côté droit, jusqu'à ce que la suppuration s'étant ensuite établie, tous les symptômes se calmèrent. Si de pareils accidents fussent survenus sans qu'il y ait eu d'issue, comme dans ce cas, pour la matière épanchée, la suppuration, au lieu de diminuer les accidents, aurait probablement déterminé une paralysie permanente et un coma funeste. M. Jean Bell a rapporté l'histoire d'un homme qui, à la suite d'un coup à la tête, eut à la surface du cerveau un épanchement de sang étendu, qui fut enlevé par des applications répétées du trépan. Pendant cette maladie, qui dura trois mois, le côté gauche du cerveau suppura cinq ou six fois. Chaque attaque d'inflammation était toujours accompagnée de fièvre, de stupeur et de difficulté de la déglutition; mais ces accidents disparaissaient quand la suppuration s'établissait. Différents points du cerveau furent ainsi affectés. Lorsque la maladie siégeait vers la partie antérieure, il y avait double vision, qui cessait aussi par le fait de l'établissement de la suppuration : lorsqu'elle était au contraire vers la partie postérieure, il n'y avait point de vision double, mais une lésion de la vue qui consistait à voir un cercle rouge autour d'une lumière.

Je n'ai observé qu'une seule fois l'ulcération de la surface du cerveau sur une pièce qui m'a été montrée par le docteur Macintosh. On voyait sur différents points de la surface de l'hémisphère gauche des ulcérations superficielles d'étendue variable, à bords rugueux, avec une perte de substance évidente. Cette lésion était survenue sur un enfant de dix-huit mois, elle était compliquée avec un épanchement dans

les ventricules et un ramollissement. La pie-mère et l'arachnoïde étaient détruites sur ces points ulcérés; en d'autres points, la pie-mère était garnie de très-petits tubercules; les symptômes n'avaient rien offert de différent de ceux de l'hydrocéphale avec sa forme ordinaire. Il y avait aussi chez cet enfant de nombreux tubercules granuleux dans les poumons.

§. V. L'INFLAMMATION DE LA SUBSTANCE CÉRÉBRALE SE MONTRE SOUS UNE FORME CHRONIQUE. Dans ce cas les accidents peuvent continuer pendant des mois, après lesquels la maladie devient fatale, en déterminant, ou même sans déterminer la suppuration. Les observations XXVI et XXVII présentent de remarquables exemples de cette forme de la maladie devenant funeste sans suppuration. On peut concevoir quelque doute que chez le sujet de l'observation XXVI la maladie ait existé lors de la première attaque, et qu'après s'être prolongée elle ait été enlevée, ou en grande partie guérie; mais elle s'est reproduite, et elle est devenue fatale, avec perte de la parole, paralysie et coma, sans dépasser l'état d'inflammation simple. La marche de la maladie sous sa forme la plus chronique, semble différer beaucoup des autres modifications sous lesquelles elle peut se présenter. La maladie peut, comme nous l'avons vu, persister pendant un temps considérable dans l'état d'inflammation simple, et devenir ainsi fatale, avec tous les symptômes d'une véritable apoplexie; elle peut aussi, après avoir persisté un certain temps dans cet état, passer au ramollissement ou à la suppuration : il paraît qu'elle se termine aussi quelquefois par induration de la partie du cerveau où elle a son siége. Ces altérations se sont présentées à un certain degré dans l'observation que je dois au docteur Hay (OBS: XXVII). Il est d'ailleurs probable que l'apparence inflammatoire de l'altération disparaît à mesure que l'induration se prononce:

le tissu reste alors dans un état d'induration simple qui peut passer, à une période plus avancée, à l'état de suppuration de mauvaise nature. Cette lésion morbide peut, soit affecter une portion considérable du cerveau, en s'étendant de sa surface à ses parties profondes, soit se confiner à une petite portion circonscrite de la substance de l'hémisphère. C'est dans ce cas que la partie malade du cerveau peut s'entourer plus tard d'un kyste : on la désigne alors sous la dénomination d'une tumeur dans le cerveau. Il est probable que ces tumeurs ne sont qu'une portion de la substance cérébrale dans l'état d'inflammation scrophuleuse lente; que dans sa première période cette maladie peut être guérie, et enfin que la formation, autour de cette portion de tissu malade, d'un kyste pseudo-membraneux, ou la terminaison de la phlegmasie par induration du tissu malade qu'elle affecte, sont les phénomènes qui surviennent par la marche du mal, et qui lui impriment le caractère de maladie organique ou incurable. Dans l'un ou l'autre de ces états, cette maladie peut être funeste, soit par sa prolongation, soit en se terminant par suppuration. Cette affection à son premier degré a été observée par Borsieri dans la partie antérieure de l'hémisphère cérébral droit, sur un homme qui périt après quatre mois de maladie. Cet homme avait eu constamment une douleur de tête occupant le vertex, de la fièvre, une paralysie du côté gauche, et par intervalles des accidents convulsifs. Fanton trouva une semblable lésion dans le corps calleux sur un homme qui était depuis longtemps sujet à des attaques d'épilepsie, et qui mourut à la fin dans le coma et les convulsions. Borsieri a rencontré à l'état de suppuration une tumeur de cette nature, du volume d'un œuf de pigeon, à la partie externe de l'hémisphère droit, sous la suture écailleuse, sur le cadavre d'un homme qui, depuis plusieurs mois, avait eu une violente céphalalgie et des tremblements convulsifs de tout le corps,

qui se montraient cependant plus intenses dans le côté gauche. Le même observateur trouva une semblable lésion à la partie postérieure du cerveau, près de la tente, chez une femme malade depuis plusieurs mois, qui se plaignait de violente céphalalgie sans fièvre. La douleur céphalalgique de cette femme était si intense, qu'elle la privait complètement de sommeil, et qu'elle semblait avoir été complètement épuisée par l'intensité de la douleur, sans aucun autre symptôme remarquable.

Cette forme de l'inflammation chronique d'une petite portion du cerveau est une maladie digne d'attention. Les symptômes peuvent persister pendant plusieurs mois et offrir les caractères d'une maladie organique; ils peuvent avoir des rémittences de manière à ressembler à une céphalalgie périodique; la maladie peut devenir fatale avec tous les symptômes d'une vraie apoplexie; la partie malade peut passer à l'état d'induration permanente, ou enfin, après que l'inflammation chronique a semblé résister à tous les remèdes, elle peut graduellement se calmer. Tout cela s'accorde exactement avec la marche de l'inflammation chronique ou scrophuleuse, comme nous l'observons dans les organes extérieurs, dans les yeux, dans les glandes lymphatiques, dans les testicules, dans la mamelle, dans le tissu cellulaire. Cette inflammation chronique s'établit rapidement; elle gonfle les parties, et elle dérange leurs fonctions; elle peut rester stationnaire pendant un temps considérable; elle peut alors se terminer par suppuration, ou par ulcération, ou par une induration permanente de la partie malade, ou enfin, après avoir long-temps résisté à tous les remèdes, elle peut graduellement s'apaiser, sans laisser aucun changement permanent dans l'organisation de la partie. Je pense qu'on ne peut guère douter qu'il n'arrive les mêmes choses dans le cerveau. Si on l'admet, la conséquence pratique en sera que l'on se trouvera moins disposé

qu'on l'est en général à considérer ces affections comme des maladies organiques, contre lesquelles on ne dirige, par ce motif, aucun traitement actif.

L'Obs. XXVI fait bien connaître la marche de l'inflammation chronique du cerveau; nous pouvons rappeler d'autres faits qui la présentent sous différentes formes. Le docteur Powel fait mention d'un homme qui fut pris d'une céphalalgie violente qui revenait par accès. Pendant ces accès, qui se prolongeaient souvent plusieurs heures, il voyait les objets doubles, les facultés de l'esprit étaient affaiblies; il y avait de l'engourdissement dans le côté gauche et en même temps des tremblements musculaires; le pouls était variable, tantôt légèrement fréquent et tantôt au-dessous de son rhythme naturel. Cet homme fut beaucoup soulagé par des saignées larges et répétées, mais après un court intervalle de mieux, la maladie revint avec une grande violence, et la vision resta double d'une manière permanente. Après plusieurs exacerbations et rémissions de cette espèce, il eut un intervalle de mieux, qui dura plus de quinze jours; la douleur revint ensuite avec violence, et fut accompagnée de spasmes des muscles du cou. On retira un soulagement momentané de l'administration des narcotiques, et aussitôt après le caractère périodique de la maladie fut si tranché qu'elle fut traitée par le quinquina; le pouls était alors naturel. Sous l'influence de ce traitement, les paroxismes perdirent de leur intensité, mais non de leur fréquence; ils s'accompagnèrent parfois de mouvements convulsifs, qui affectaient particulièrement le côté droit. Les paroxismes revenaient à des intervalles irréguliers. Ils consistaient quelquefois seulement dans la douleur, et d'autres fois dans la douleur avec mouvements convulsifs. Le malade périt subitement dans une attaque de convulsions après deux mois de maladie. Il était considéré depuis quelque temps comme étant dans un état plus satisfaisant, et il avait été levé pen-

dant deux heures le jour qui précéda la nuit dans laquelle il succomba. La partie antérieure de l'hémisphère droit était tellement changée dans sa structure et indurée, qu'on la considéra comme une tumeur. A l'enlèvement de la dure-mère, cette partie malade parut plus saillante que les parties voisines; la substance cérébrale qui l'entourait était très-molle. Cette altération morbide n'est probablement qu'un degré de la maladie qui a été l'objet des observations XXVI et XXVII; les symptômes qui se sont manifestés ont une grande similitude avec ceux de la première attaque du sujet de l'observation XXVI.

La maladie qui nous occupe peut aussi passer à un état d'induration encore plus chronique, dans lequel elle se prolonge pendant un temps très-long, tout en déterminant des symptômes très-intenses; elle peut à la fin devenir fatale par suppuration ou sans suppuration, ou encore, si la lésion a son siége à la surface du cerveau, elle peut se terminer par l'ulcération de cette surface dont il a déjà été question. Un homme dont parle le docteur Anderson reçut un violent coup sur le derrière de la tête par la chute d'une pièce de bois d'un navire, qui l'atteignit lorsqu'il était incliné au-dessous d'elle. Il survint au bout de quelque temps, dans cette partie, de la douleur qui augmenta graduellement d'intensité. Au bout de dix-huit mois cet homme tomba dans des attaques de convulsions de tous les membres supérieurs et inférieurs. La violence de ces accidents le fit périr après plusieurs mois de souffrance. Les deux hémisphères du cerveau à leur partie postérieure étaient enflammés et très-endurcis. Les parties malades adhéraient étroitement à la dure-mère et à la faux, et la dure-mère, en ce point, était épaissie et indurée. Un homme de quarante-cinq ans, dont le fait est rapporté par le même auteur, était sujet depuis plusieurs années à des attaques convulsives semblables à des attaques d'épilepsie, mais avec cette parti-

cularité quo les convulsions étaient bornées au bras et à la jambe droits. Les accès revenaient à des intervalles irréguliers, généralement une fois toutes les trois ou quatre semaines, et se terminaient par un état de stupeur qui continuait environ une demi-heure; il n'était survenu aucun changement dans les accidents, lorsque cet homme fut tué par un coup à la tête. Une portion de l'hémisphère gauche du cerveau fut trouvée endurcie et étroitement adhérente à la dure-mère, qui en ce point était fort épaissie et indurée. On trouva dans un autre point du cerveau du sang extravasé, qui semblait avoir été l'effet du coup à la tête et la cause immédiate de la mort. Sur un homme âgé de trente-cinq ans, qui avait souffert depuis plusieurs mois d'une violente douleur avec des accès d'épilepsie, Morgagni trouva la partie antérieure de l'hémisphère droit du cerveau indurée et adhérente à la dure-mère. Baader rapporte le cas d'un homme âgé de quarante ans, qui devint subitement épileptique, et fut pris d'une douleur à un point particulier du côté gauche de la tête. Il avait une sensibilité extraordinaire de la surface de la main et du bras gauches, au point que le plus léger souffle de l'air froid sur ces parties déterminait des secousses convulsives. La mort arriva presque subitement après cinq ans de maladie. Il existait au point qui avait été le siége de la douleur, une induration superficielle d'une portion du cerveau, sous laquelle se trouvait un abcès du volume d'un œuf.

Des détails imparfaits dans lesquels nous sommes entrés, on doit être conduit à conclure que l'inflammation de la substance cérébrale mérite des recherches approfondies; qu'il y a des raisons de croire qu'elle existe à différents degrés d'activité ; que sous sa forme la plus active, elle marche rapidement au ramollissement et à la suppuration, mais qu'elle existe aussi sous forme chronique, et qu'alors les

progrès sont très-lents, au point qu'elle peut déterminer des symptômes graves pendant un temps considérable, sans avoir dépassé le point où elle cesse de laisser des chances de guérison. Nous avons donné les motifs qui font penser que sous cette dernière forme elle peut passer à la suppuration ou se terminer par induration de la substance cérébrale, et présenter dans ce dernier cas tous les caractères d'une maladie organique.

L'inflammation peut affecter toutes les parties du cerveau; elle paraît souvent commencer par une très-petite portion, et s'étendre graduellement à une plus grande partie de l'organe. Il paraît que c'est dans des cas de cette espèce, que l'on observe ces singulières paralysies graduelles qui commencent, soit par un très-faible degré, soit limitées à un seul muscle, et qui font graduellement des progrès, en devenant plus complètes ou en devenant plus étendues.

Ce n'est probablement dans ce cas que dans une petite portion du cerveau qu'existe cet état d'inflammation faible qui prend progressivement plus d'étendue, et se termine enfin, soit par un coma fatal, soit par une paralysie permanente.

Dans les paralysies qui dépendent de ces inflammations, il y a quelquefois, spécialement dans les premières périodes, une violente douleur dans les membres affectés. Dans quelques cas, la perte du mouvement est accompagnée de la perte complète du sentiment, et dans d'autres la sensibilité est conservée : il y a même des faits remarquables dans lesquels cette sensibilité est augmentée d'une manière morbide. Un cas de cette espèce a déjà été rapporté, et M. Lallemand en a recueilli un autre. Dans ce dernier, il s'est manifesté, après un coup sur la tête, de la céphalalgie, du dérangement dans les facultés intellectuelles et une faiblesse des membres. Six semaines après, il survint une attaque subite de perte de la parole, avec paralysie du côté droit

et sensibilité tellement augmentée dans ces parties, que le toucher était douloureux. Il se manifesta ensuite, au bout de dix jours, une attaque de paralysie du côté gauche, suivie du coma fatal. On trouva des traces d'inflammation et de ramollissement étendu de la substance cérébrale du côté gauche; on trouva du côté droit du sang extravasé qui indiquait l'origine de la dernière attaque.

La maladie peut se manifester dans le cervelet sous la même forme chronique qui a été constatée pour le cerveau : dans quelques cas, elle fait naître presque les mêmes symptômes, et dans d'autres ces symptômes sont extrêmement obscurs. Un homme dont parle M. Douglas, avait depuis trois mois une douleur frontale qui l'obligeait généralement à soutenir sa tête inclinée en avant. Il n'avait pas d'appétit, et son sommeil était troublé, mais sans aucun autre accident : il périt subitement d'une attaque qui ressemblait à une syncope; il avait été beaucoup mieux dans la journée, et il avait montré un bon appétit et un sommeil paisible. On trouva dans le milieu du cervelet un abcès enkysté, et une rupture du sinus latéral gauche qui a été probablement la cause immédiate de sa mort [1]. Un homme sur lequel M. Serres a publié une observation [2], après une chute sur le dos et sur la partie latérale de la tête, dont il resta immédiatement étourdi, fut pris d'une certaine instabilité dans la marche, qui rendait nécessaire qu'il se soutînt sur le bras d'un guide : ses organes cérébraux étaient tellement excitables, qu'il était fortement enivré par une très petite quantité de vin. Ces accidents durèrent environ dix-huit mois, après lesquels il devint mélancolique et très-aisé à irriter, avec un tremblement dans les membres : la jambe gauche se paralysa aussitôt, et le bras du même côté devint engourdi et faible; ce membre reprit sa force naturelle après

[1] *Edimb. med. essays and obs.* vol. VI.

[2] *Recherches sur le cervelet, Journal de Physiologie*. 1822-23.

l'établissement d'un séton à la nuque. Trois mois après, cet homme mourut avec de la fièvre, du délire et une affection intestinale : la maladie avait son siége dans le lobe droit du cervelet; elle consistait en un abcès avec un ramollissement étendu. Chez un autre homme dont a parlé le même auteur, qui périt en quarante jours, il y avait une paralysie de la jambe droite avec amaigrissement de ce membre, mais sans perte de sensibilité; le bras n'était que faiblement et même nullement affecté. Il y avait un ramollissement du lobe gauche du cervelet, occupant particulièrement le centre du pédoncule gauche de cet organe.

SECTION VI.

DE L'INFLAMMATION DES PARTIES CENTRALES DU CERVEAU : LE CORPS CALLEUX, LE SEPTUM-LUCIDUM, LA VOUTE A TROIS PILIERS ET LA MEMBRANE QUI REVÊT LES PAROIS DES VENTRICULES.

Les états morbides que j'ai réunis dans ce chapitre embrassent les diverses formes de maladies que l'on comprend ordinairement sous la dénomination d'*hydrocéphale aiguë*. En osant placer ces maladies parmi les affections inflammatoires du cerveau, je m'attirerai peut-être le reproche de me prononcer trop précipitamment sur la nature de cette classe importante de maladies; mais toutes mes observations sur ces affections en elles-mêmes, et leur analogie avec les lésions semblables des autres parties du cerveau, ne me font pas hésiter un instant à prendre ce parti. J'établirai les principes qui m'ont conduit à adopter cette opinion; et en me renfermant dans les limites des faits, je montrerai que ce sujet est digne de devenir l'objet d'observations ultérieures.

L'inflammation des parties centrales du cerveau paraît

se présenter sous deux formes distinctes. Dans l'une, elle semble avoir son siége dans la membrane qui tapisse les ventricules, et dans l'autre elle paraît occuper la substance blanche qui forme la voûte, le septum-lucidum et le corps calleux. Dans le premier cas, on trouve les ventricules remplis d'un fluide trouble et lactescent, contenant quelquefois des fragments de lymphe coagulable, et présentant d'autres fois tous les caractères de la matière purulente. On trouve souvent en même temps de la matière floconneuse, ou même une fausse membrane à la surface des plexus choroïdes, ou à la surface de la membrane qui revêt les ventricules : il y a quelquefois en même temps un ramollissement de la substance cérébrale immédiatement adjacente à cette membrane. Lorsque la maladie a son siége dans le tissu propre du cerveau, elle se reconnaît à un ramollissement ou à la dégénération en une pulpe blanche de la partie affectée. On trouve le septum-lucidum perforé par une ouverture irrégulière et déchirée, résultat de la disparition d'une portion qui était ramollie. La voûte a aussi perdu sa consistance de la même manière; elle a perdu sa forme, et s'est réduite en une masse pulpeuse d'une figure irrégulière, ou, si elle conserve sa forme jusqu'à un certain point, tant qu'on n'y touche point, elle la perd au plus léger contact qu'on lui fait éprouver pour l'examiner. La maladie a souvent son siége à la partie inférieure du corps calleux, quoiqu'elle s'y observe plus rarement, à mon avis, que dans les autres parties du centre du cerveau. On trouve fréquemment aussi une semblable dégénération de la matière cérébrale qui environne immédiatement les ventricules. On rencontre généralement alors, mais non constamment, dans ces cavités, un épanchement de fluide limpide. La substance cérébrale malade est d'un blanc net, sans fétidité et sans la plus légère ressemblance avec la matière purulente. On y reconnaît quelquefois une apparence de texture fibreuse;

mais en général le tissu cérébral est entièrement converti en une pulpe molle sans cohésion.

D'après toutes mes observations sur cette affection, je n'hésite pas à la considérer comme la terminaison de l'inflammation de ces parties. On rencontre très-fréquemment ces lésions, et elles occupent une place importante dans l'histoire des maladies du cerveau, et particulièrement dans celle de l'hydrocéphale. La première observation de cette espèce que je vais rapporter établira l'origine inflammatoire de la maladie, en présentant la perforation du septum-lucidum entourée d'un anneau inflammatoire. Cette observation sera un exemple de la seule lésion morbide qu'on ait rencontrée dans des cas qui se sont terminés d'une manière funeste après avoir présenté les symptômes ordinaires d'une lésion aiguë du cerveau. Je réunirai enfin des faits qui montreront la connexion des altérations morbides indiquées avec l'épanchement de sérosité dans les différentes formes de l'hydrocéphale aiguë. On pourra rapprocher des résultats de l'observation sur la nature de cette maladie, les faits déjà rapportés sur le ramollissement des autres parties du cerveau. Plusieurs de ces derniers établissent, de la manière la plus évidente, l'origine inflammatoire de cette lésion cérébrale, en montrant réunis dans la même partie malade l'état d'inflammation et l'état de ramollissement, et en établissant la transition de l'un à l'autre.

Je commence par rapporter un exemple d'une affection qui semble rare, l'inflammation limitée à la membrane qui revêt les ventricules.

§. I. *Inflammation de la membrane qui tapisse les ventricules.*

Obs. XLV. Un enfant de dix mois fut pris, dans le mois de janvier 1819, de fièvre, de frisson et de vomissements : la langue était blanche et la constipation opiniâtre. Ces symp-

tômes diminuèrent d'intensité au bout d'une semaine; le sommeil devint paisible, et l'enfant reprit par instants sa gaîté; mais les vomissements et la fréquence du pouls continuèrent: ces accidents persistèrent pendant neuf ou dix jours, sans aucun changement. Cet enfant fut alors affecté de strabisme et de cécité; le pouls était toujours très-fréquent, et les vomissements continuaient. Il mourut trois jours après la manifestation de ces accidents; la mort fut précédée de légères convulsions.

Ouverture du cadavre. — Les ventricules étaient distendus par six onces de fluide trouble, dans lequel nageaient des flocons de lymphe coagulable jaune. La membrane qui tapisse les ventricules était épaissie et se détachait par la dissection: elle était revêtue à sa surface interne d'une couche épaisse de matière pseudo-membraneuse jaune. Le septum-lucidum paraissait épaissi, et la glande pinéale était distendue par un fluide verdâtre. Sur la partie postérieure du cervelet, l'arachnoïde dans l'étendue d'un écu était épaissie et couverte d'une fausse membrane; de la matière puriforme était épanchée dans ce point entre l'arachnoïde et la pie-mère.

Golis a rapporté, dans son ouvrage sur l'*Hydrocéphale aiguë*, obs. II, un cas tout-à-fait semblable pour les désordres trouvés à l'ouverture du corps, quoique les accidents eussent été beaucoup plus violents et les progrès de la maladie plus rapides. Un enfant de quatorze mois fut pris, après avoir passé une nuit agitée, d'une violente fièvre et de convulsions générales qui furent d'abord calmées par une saignée locale. Elles se reproduisirent bientôt avec une grande violence, et s'accompagnèrent de crampes spinales, d'hémiplégie, de dilatation des pupilles et de distorsion de la face: la mort arriva dans la nuit, treize heures après l'attaque. Les ventricules contenaient trois onces de fluide trouble; leurs parois et les plexus choroïdes étaient revêtus d'une

fausse membrane; une couche pseudo-membraneuse était également déposée sur le corps calleux et dans l'intervalle des circonvolutions du cerveau. Les mêmes désordres ont été signalés dans plusieurs autres observations du même auteur. Le siége de l'inflammation encéphalique a été le même chez le sujet de l'Obs. XIV ci-dessus, dans lequel, outre une méningite étendue, il y avait de la matière purulente dans les ventricules. Morgagni a rapporté une observation recueillie sur un adulte dont on trouva le ventricule cérébral gauche rempli de matière purulente, sans aucune maladie de la substance cérébrale. Les signes de cette affection avaient été la fièvre, des symptômes apoplectiques, du délire, des convulsions, et la paralysie du côté droit [1].

[1] L'inflammation de la membrane qui tapisse les ventricules cérébraux s'observe assez fréquemment, mais il est assez rare de l'observer isolée de toute autre lésion cérébrale ; il serait cependant utile de réunir des faits de cette espèce pour déterminer, par l'observation, quels sont les caractères propres aux inflammations cérébrales ayant leur siége dans les ventricules. Sur un assez grand nombre de cas de phlegmasies encéphaliques que j'ai recueillis, le suivant est le seul qui ait offert la maladie limitée aux ventricules cérébraux.

Obs. XLV (*bis*). Un porte-faix âgé de quarante-un ans, d'une forte constitution, après plusieurs jours d'excès de boisson et de libertinage, eut les digestions dérangées; il éprouvait tous les matins de la céphalalgie, avec pesanteur de tête et fatigue générale ; le sommeil était agité. Cet état durait depuis quinze jours quand il se manifesta de la fièvre précédée de frisson et accompagnée de nausées et de vomissements peu abondants, mais souvent réitérés, de matières d'abord bilieuses et ensuite muqueuses. Le troisième jour, assoupissement, yeux fermés et portés en haut ; pupilles dilatées et peu mobiles. Le malade sortait facilement de cet assoupissement; la peau était chaude et halitueuse ; le pouls était irrégulier et sans fréquence ; il répondait facilement aux questions qu'on lui adressait; la sensibilité générale était conservée ; répugnance extrême pour le mouvement; céphalalgie particulièrement circonscrite aux régions mastoïdiennes. On mit le malade à l'usage du petit-lait, et on lui pratiqua une saignée de seize onces, qui fournit un sang couenneux et à caillot consistant. Le soir, frisson suivi de vomissements, avec augmentation de la céphalalgie; la fièvre est plus intense. Bientôt le malade perd connaissance, tombe dans un violent délire avec vociférations; il rend, sans s'en apercevoir, ses uri-

§. II. *Nature inflammatoire du ramollissement du septum-lucidum.*

Obs. XLVI. Une petite fille de six ans fut prise, environ deux mois avant sa mort, d'une diarrhée violente et opiniâtre, qui détermina une émaciation considérable. Cette diarrhée di-

nes et une selle liquide. Quatrième jour, pouls irrégulier et fréquent, mais facilement dépressible; yeux portés en haut; pupilles dilatées et peu mobiles, face pâle ; de temps en temps cris aigus; il ne répond pas aux questions qu'on lui adresse, qui le font cependant sortir de l'état de somnolence dans lequel il est. Régurgitation des boissons avec spasme des muscles du larynx et de la bouche. (30 sangsues aux tempes, glace sur la tête: sinapismes aux pieds.) Le soir, apyrexie, retour de la connaissance ; il se plaint de douleurs de tête, et il en indique le siége aux parties postérieures et latérales de la tête ; les pupilles sont mobiles et moins dilatées ; celle de l'œil gauche l'est davantage que celle de l'œil droit : roideur légère du cou ; pouls inégal et présentant des intermittences; envies de vomir; bourdonnement dans les oreilles. Dans la nuit, délire, vociférations, excrétion involontaire et inaperçue de matières fécales liquides et des urines. Cinquième jour, pouls lent, faible et intermittent ; assoupissement profond ; le malade retire lentement sa main quand on la pince. La sensibilité générale paraît diminuée, mais elle n'est pas anéantie; la tête est renversée en arrière ; les yeux sont portés en haut et en dehors, ils roulent dans les orbites ; pupilles très-dilatées et immobiles ; mouvements continuels de déglutition, respiration lente et superficielle. (Sinapismes aux pieds; vésicatoires aux cuisses.) Dans la journée, vomissements de matières glaireuses qui s'arrêtent dans la bouche ; rêvasserie. Le soir, état comateux ; mort dans la nuit.

Ouverture du cadavre. — Engorgement peu considérable des vaisseaux cérébraux; l'arachnoïde de la convexité du cerveau était parfaitement saine ; la substance cérébrale était peu consistante ; les circonvolutions étaient en parties déplissées. Les ventricules latéraux contenaient chacun quatre onces environ de sérosité trouble, semblable à du petit-lait non clarifié. Un fluide jaune verdâtre, moins liquide que la sérosité épanchée, était étendu sur toute la surface de l'arachnoïde des deux ventricules latéraux. Cette membrane était légèrement épaissie, et présentait une multitude de petites granulations très-sensibles au toucher; elle se détachait facilement par lambeaux. Un liquide séreux, semblable à celui contenu dans les ventricules latéraux, remplissait le troisième ventricule, sur la membrane séreuse duquel on apercevait quelques granulations très-peu sensibles. Le quatrième ventricule était rempli d'une matière tout-à-fait puru-

minua beaucoup au bout de trois ou quatre semaines, et la malade fut mieux pendant une quinzaine de jours. Il se manifesta alors une violente douleur abdominale, des vomissements, de la céphalalgie avec constipation. La céphalalgie était intense, et la malade en rapportait le siége au front; le pouls donnait trente ou quarante pulsations par minute, et il y avait des mouvements convulsifs constants du bras et de la jambe droite. Elle tomba graduellement dans la stupeur, sans qu'il survînt aucun changement remarquable dans les accidents, et elle mourut après deux jours de coma, environ quinze jours après l'invasion de la céphalalgie. Les mouvements convulsifs du bras et de la jambe droite continuèrent pendant tout le temps de la maladie, et presque jusqu'au moment de la mort. Le pouls continua à donner trente à quarante pulsations par minute, jusqu'à peu de jours avant la mort, qu'il s'éleva à soixante-dix, et parfois jusque à quatre-vingts pulsations.

Ouverture du cadavre.— Les ventricules du cerveau étaient distendus par un fluide incolore : le septum-lucidum présentait une perte de substance déchirée et de forme irrégulière, entourée d'un anneau inflammatoire ; la surface interne des ventricules était injectée, et la substance céré-

lente très-adhérente à la surface de la tunique qui le revêt, laquelle était très-épaissie et laiteuse. Les plexus choroïdes étaient injectés, et présentaient quelques vésicules aqueuses. L'arachnoïde à la base du cerveau sur la protubérance annulaire, sur le cervelet, ne présentait aucune trace d'inflammation. L'estomac avait au cardia, à sa surface interne, quelques rougeurs diffuses très-peu prononcées sans aucune altération de la texture de la villeuse. Toutes les autres parties étaient dans l'état sain.

Les symptômes par lesquels l'inflammation de la membrane interne des ventricules s'est manifestée chez ce malade, ont été la céphalalgie particulièrement limitée aux parties latérales et postérieures de la tête, des vomissements et des alternatives d'assoupissement et de délire, avec diminution de la sensibilité générale. De ces symptômes le dernier semble être particulièrement propre aux affections qui ont leur siége et qui déterminent un épanchement dans les ventricules cérébraux.

A. N. G., *trad.*

brale immédiatement contiguë était en certains points considérablement ramollie et désorganisée. A la partie antérieure de l'hémisphère gauche, une portion du cerveau était brunâtre et plus dense que dans l'état naturel, et renfermait de petits tubercules durs. La surface interne de l'intestin colon, à son origine et dans sa partie ascendante, était d'une couleur brune rougeâtre, et présentait de larges plaques de fongosités saillantes d'un rouge brun.

§. III. *Ramollissement des parties centrales du cerveau devenu funeste sans épanchement séreux.*

Obs. XLVII. Une femme de trente ans fut prise, le 18 juin 1816, d'une violente douleur de tête qui s'étendait d'une tempe à l'autre. Elle était excessivement agitée, se jetant d'un côté à l'autre de son lit à cause de l'intensité de la douleur; les yeux étaient légèrement injectés, et ne pouvaient supporter la lumière; les pupilles étaient contractées; le pouls donnait soixante pulsations; il était mou et plutôt faible; la langue était blanche. Elle fut saignée plusieurs fois généralement et localement; elle prit des purgatifs : on fit des applications froides sur la tête; on eut recours aux vésicatoires, etc. Elle fut dans un état beaucoup meilleur pendant trois jours; la douleur violente qu'elle ressentait avait disparu; elle n'avait de douleur que lorsqu'elle remuait la tête; le pouls donnait de quatre-vingts à quatre-vingt-dix pulsations. Elle avait toute sa sensibilité; mais elle était très-accablée, et elle sentait le besoin de reposer sans être dérangée. Le 22, sa parole fut gênée; elle s'en aperçut, et dit qu'elle éprouvait de la difficulté à prononcer les mots; le pouls s'éleva à cent douze pulsations. Le 23 et le 24, la stupeur augmenta, et il y eut en même temps de l'incohérence dans les idées; mais lorsqu'on la tenait éveillée, elle répondait distincte-

ment aux questions qu'on lui adressait. Elle voyait les objets doubles; elle ne se plaignait point, mais elle disait que sa tête était mieux : la stupeur augmenta le 25, et le pouls s'éleva de cent douze à cent vingt pulsations. Le 26, le coma était complet, et les pupilles étaient dilatées : le pouls donnait cent huit pulsations, et était suffisamment fort; elle mourut dans la nuit.

On reconnut à l'ouverture du cadavre, que la voûte et le septum-lucidum étaient réduits en une masse molle, blanche et pulpeuse. Il n'y avait point d'épanchement dans les ventricules, ni de lésion dans aucun autre point du cerveau.

Obs. XLVIII. Un homme de trente-six ans, forgeron, avait eu, pendant plusieurs mois, des douleurs de poitrine, que l'on avait considérées comme des symptômes de phthisie. Le 10 novembre 1818, ayant appris subitement la mort de sa fille, qui avait péri phthisique, il se plaignit au même instant de céphalalgie. Au bout de un à deux jours, on observa un changement remarquable dans son caractère; il devint chagrin et irascible. Il se plaignait même de céphalalgie continuelle, qui augmentait beaucoup par le mouvement; son pouls variait de soixante-dix à cent dix pulsations. Cet état dura une semaine sans aucune diminution de la céphalalgie. La semaine suivante, il eut un léger délire avec de la tendance à la stupeur : la céphalalgie continuait à être très-intense; l'accablement augmenta graduellement, et le malade arriva à l'état comateux. Il périt enfin le 27, après quatre jours de coma : les accidents thoraciques avaient complétement disparu depuis le commencement des douleurs de tête. Je n'ai point vu ce malade, mais j'ai assisté à l'ouverture de son corps.

Ouverture du cadavre. — Les membranes du cerveau étaient très-injectées; il n'existait pas de liquide épanché dans les ventricules en quantité insolite : le septum-lucidum

était en grande partie détruit; une large ouverture s'était formée à son centre; la voûte était réduite en une masse blanche, molle au point de ne pouvoir supporter le toucher. Il n'existait nulle autre trace de maladie dans aucun autre point du cerveau : les poumons étaient tuberculeux dans une très-grande étendue; il y avait des points suppurants.

Les deux faits que je viens de rapporter sont les seuls exemples qui se soient offerts à moi du ramollissement du septum-lucidum et de la voûte, devenu fatal sans aucune autre altération morbide. Je n'en ai trouvé que deux cas dans les auteurs : l'un a été recueilli par M. Senn, et l'autre par M. Lallemand. Dans l'observation de M. Senn [1], le malade était âgé de onze ans. Après quelques jours de fièvre, accompagnée de douleur abdominale et de vomissements, il se plaignit d'une violente céphalalgie frontale, qui persista avec intensité pendant plusieurs jours, et s'accompagna au bout d'un ou deux jours de dilatation des pupilles et de déviation des yeux en haut. A ces accidents succéda le délire avec renversement spasmodique de la tête. La mort arriva le dix-huitième jour de la maladie sans coma complet; les ventricules cérébraux ne contenaient que quelques gouttes de liquide. Il y avait un ramollissement étendu du corps calleux, du septum-lucidum et de la voûte, sans aucun changement de couleur des parties. Les vaisseaux des membranes étaient distendus par le sang; on ne reconnut pas de lésion morbide dans aucun autre point du cerveau. Le sujet de l'observation rapportée par M. Lallemand [2] était une femme de quarante ans, qui mourut après une maladie d'environ seize jours. Les symptômes principaux étaient la fièvre avec délire violent et mouvements convulsifs : il y eut pendant plusieurs jours de la

[1] Senn, *Recherches sur la méningite aiguë des enfants*, obs. VIII.

[2] Lallemand, *Lettres sur l'encéphale*, t. 1, p. 184, n° 19.

loquacité; il survint ensuite de la somnolence et des contractions dans les muscles des membres, avec un affaissement extrême. Le cerveau fut trouvé entièrement sain, à l'exception du corps calleux et de la voûte à trois piliers, qui étaient transformés en une sorte de pulpe blanche.

§. IV. *Ramollissement des parties centrales du cerveau, avec épanchement séreux, constituant la forme la plus ordinaire de l'hydrocéphale aiguë.*

Obs. XLIX. Un petit garçon âgé de douze ans, observé en août 1818, était depuis plusieurs semaines languissant, et perdant de ses forces, avec de la toux et de la douleur dans la poitrine. Quinze jours avant sa mort, cet enfant commença à se plaindre de la tête, et de ce moment il garda le lit. Au bout d'une semaine, lorsqu'il fut visité pour la première fois par un médecin, il se plaignait encore beaucoup de la tête; il était accablé, et ses réponses aux questions qu'on lui adressait étaient courtes et lentes; il avait de la diarrhée et de la fréquence dans le pouls. L'accablement fit des progrès; quatre jours avant sa mort, le malade perdit la parole et les mouvements du côté droit. Ces accidents furent suivis de cécité et de coma complet. La mort arriva le quatorzième jour de l'invasion de l'affection cérébrale; le pouls avait conservé de la fréquence pendant tout le cours de la maladie.

Ouverture du cadavre. — Distension des ventricules par un fluide; le septum-lucidum et la voûte étaient si complétement détruits, que les deux ventricules latéraux et le troisième ventricule, semblaient ne former qu'une seule cavité. Il y avait un ramollissement si étendu du tissu du cerveau antérieurement, que la cavité que formaient les ventricules confondus s'étendait jusqu'à environ un demi-pouce de la partie antérieure du cerveau.

Obs. L. Un petit garçon de sept ans fut pris, en octobre 1818, de fièvre et de céphalalgie, qu'il rapportait particulièrement à la partie postérieure de la tête; la constipation était en même temps opiniâtre. Au bout de six à sept jours, le pouls retomba à son rhythme naturel. La céphalalgie continua sans aucun autre accident remarquable jusqu'à peu d'heures avant la mort, qu'il se manifesta un état général de spasme tonique de tout le corps. L'enfant mourut dans cet état, au bout de deux ou trois heures de son invasion, le quatorzième jour environ de sa maladie. Il n'y eut point de coma chez ce malade, qui conserva toutes ses facultés sensoriales jusqu'à la manifestation de l'attaque de l'affection convulsive.

Ouverture du cadavre. — Les ventricules étaient distendus par un fluide, et il y avait un ramollissement étendu du septum-lucidum, de la voûte à trois piliers, et de la substance cérébrale qui entoure immédiatement les ventricules.

Obs. LI. Un jeune homme robuste, âgé de vingt ans, était affecté, le 18 septembre 1814, d'une violente céphalalgie avec perte absolue de sommeil, et du délire. La face était enluminée, et le pouls donnait soixante pulsations. Il s'était trouvé incommodé au point de rester à la chambre pendant une semaine; mais il n'avait gardé le lit que par instants. Les symptômes avaient pris beaucoup d'intensité depuis deux jours; le pouls s'était élevé le premier jour de quatre-vingts à quatre-vingt-dix pulsations; on avait eu recours à des saignées larges et répétées, et aux autres moyens ordinaires.

Le 19 et le 20 il n'y eut point de soulagement; la céphalalgie était violente et le délire assez prononcé; le pouls variait de soixante-quinze à quatre-vingts pulsations.

Le 21 et le 22, délire moindre; pouls à quatre-vingts pulsations.

Le 23 et le 24, le mieux continue; pouls de quatre-vingts à quatre-vingt-quatre pulsations.

Le 25, tendance à la stupeur; il commence à ne pas reconnaître ceux qui l'entourent.

Le 27, coma complet, dans lequel il reste quatre jours, après lesquels il meurt; le pouls avait continué à battre de soixante-quinze à quatre-vingt-quatre fois par minute.

Ouverture du cadavre. — Beaucoup de fluide dans les ventricules, et une certaine quantité à la base du crâne. La voûte était réduite en une masse informe de bouillie blanchâtre. Une large ouverture, résultat d'une semblable altération du tissu cérébral, existait dans le septum-lucidum; il y avait aussi un ramollissement considérable de la substance cérébrale qui environne immédiatement les ventricules latéraux; une fausse membrane était déposée à la surface supérieure du cervelet.

Obs. LII. Un homme de vingt-un ans était affecté, le 3 septembre 1816, d'une violente céphalalgie, d'impossibilité de supporter la lumière, et de vomissements fréquents. Son regard était abattu avec de la fixité dans les yeux; le pouls, à soixante-dix pulsations, était fort. Il était malade depuis six jours, et pendant trois il avait vomi presque tout ce qu'on lui administrait. Après la saignée et d'autres remèdes ordinaires, la céphalalgie avait beaucoup diminué, et il ne vomissait plus depuis deux jours. Le septième jour, il n'eut plus de céphalalgie, et son regard devint naturel; mais le pouls était tombé à quarante-huit pulsations, et il voyait de temps en temps les objets doubles. Le neuvième, il se leva et s'habilla; il n'avait point de céphalalgie; le pouls donnait soixante pulsations : la langue était nette, et il avait de l'appétit; mais la double vision était constante. Le dixième jour ce dernier syptôme avait cessé, et le malade était du reste dans le même état. Le onzième, le pouls donnait quatre-

vingt-seize pulsations. Le malade ne se plaignait d'aucune douleur; mais il ne voyait pas, et les pupilles étaient dilatées; il avait eu du délire dans la nuit. Le douzième jour, pouls à quatre-vingt-seize pulsations, délire considérable, vision dans l'état naturel. Le treizième jour, la stupeur augmenta. Le quatorzième, le coma était complet; le pouls donnait cent vingt pulsations. La mort arriva le quinzième jour.

Ouverture du cadavre. — Tous les ventricules cérébraux étaient distendus par du fluide. La voûte était réduite en une masse de bouillie molle, qui ne pouvait supporter le contact; les autres parties du cerveau étaient saines.

Obs. LIII. Un jeune homme de vingt-un ans avait depuis quelque temps été affecté de toux, et parfois d'hémoptysie. Au commencement de décembre 1823, il commença à se plaindre de la tête. Il ne fut point arrêté par le mal; il fit même à pied, après l'invasion de la céphalalgie, huit à neuf milles dans une journée. Le mal de tête fit des progrès graduels, mais le malade ne fut pas confiné à la chambre jusqu'au septième jour. Du septième au quatorzième jour, il fut retenu au lit, se plaignant surtout de malaise et de vertiges, et ayant parfois des vomissements. Certains jours, il avait de la céphalalgie; certains autres, il en avait peu ou même il n'en avait pas. Un lundi, quinzième jour de sa maladie, il resta levé et habillé pendant quelques heures, mais il vit les objets doubles. Le 16, il était accablé et très-disposé au sommeil; la vision double continuait. Je le vis pour la première fois le dix-septième jour. Il était alors dans l'état de coma complet avec strabisme; le pouls donnait moins de soixante pulsations. Le 18, après un purgatif actif, il revint considérablement à lui, et répondit distinctement aux questions qu'on lui adressait. Le strabisme et la vision double continuaient : les pupilles étaient toujours dilatées, mais le malade ne se plaignait plus de la tête. Le dix-neu-

vième jour, le pouls commença à s'élever, et le malade tint souvent des propos incohérents. Le vingtième jour, les discours incohérents furent continus; le pouls était petit et fréquent : la mort arriva dans la nuit. Les douleurs thoraciques avaient entièrement disparu dès l'invasion des symptômes cérébraux.

On trouva à la dissection du corps un ramollissement partiel du septum-lucidum et des deux couches optiques; les ventricules étaient distendus par un liquide. Les poumons, tuberculeux dans une très-grande étendue, offraient plusieurs petites cavités contenant un liquide sanguinolent.

Avant de quitter le sujet important qui m'occupe, il me paraît utile de donner encore quelques faits qui fassent connaître quelques-unes des plus importantes variétés des symptômes, et qui présentent la maladie se développant sur des sujets de différents âges, et sous l'influence de circonstances diverses.

Obs. LIV. *Attaque subite de coma sans céphalalgie préalable; dilatation des pupilles au contact de la lumière.* — Un enfant robuste, âgé de six ans, avait eu pendant plusieurs jours de la fièvre et des douleurs abdominales. Après l'effet d'un laxatif, son pouls revint à l'état naturel, mais l'enfant resta languissant et insouciant; il ne se plaignait cependant d'aucun mal, et on ne l'avait jamais entendu annoncer aucune douleur de tête. Le 10 juillet 1816, cinquième ou sixième jour de la maladie, sans qu'aucun autre prodrôme eût pu le faire prévoir, on le trouva le matin dans un état de coma complet, sans parole, avec les pupilles dilatées, le pouls donnant cent vingt pulsations. Cet état comateux complet dura six jours, s'accompagna de fréquentes convulsions du bras et de la jambe gauches, et se termina par la mort. Le pouls se soutint constamment à cent vingt pulsations et au-dessus. Le 12 et

le 13 juillet, neuvième et dixième jours de la maladie, on reconnut distinctement que les pupilles, qui avaient un certain degré de dilatation, se dilataient davantage encore au contact de la lumière.

Les ventricules cérébraux contenaient environ quatre onces de sérosité. Il y avait un ramollissement étendu du septum-lucidum, de la voûte et de la substance cérébrale qui entoure immédiatement les ventricules. Ce ramollissement était au plus haut degré du côté gauche.

Obs. LV. *Deux périodes distinctes de coma.* — Un enfant de treize ans fut pris, le 13 juin 1822, d'une légère céphalalgie avec quelques vomissements et de la fièvre. Au bout de quatre jours, la céphalalgie avait augmenté, et le pouls était tombé à soixante pulsations. Le cinquième jour, coma. Le lendemain, le malade sortit de l'état comateux; il ne resta de symptôme dominant qu'une constipation remarquable, qui fut cependant diminuée au bout de deux jours par l'usage répété de l'huile de croton. L'état du malade fut alors beaucoup meilleur. Il se plaignait peu de la tête, et la stupeur cessa tout-à-fait; le pouls était naturel. Le jour suivant, il se plaignit davantage de la tête; il retomba dans le coma, et périt le douzième jour, après quelques mouvements convulsifs.

Ouverture du cadavre. —Les ventricules étaient distendus par de la sérosité; il y avait un ramollissement étendu de la voûte, de la cloison et de la partie inférieure du corps calleux.

Obs. LVI. *Hydrocéphale avec hémiplégie.* — Une petite fille de trois ans, après avoir passé trois jours dans un état de langueur, se plaignant de la tête et de douleurs dans les intestins, fut retenue au lit le 4 juin 1822. Elle était abattue; le pouls était à 100 pulsations. Il y avait des vomissements, et elle se plaignait d'une douleur de tête qu'elle

semblait rapporter plus particulièrement au côté droit. Les moyens ordinaires furent employés pendant une semaine avec peu de changement dans les symptômes. Le 13, une paralysie complète occupa le bras et la jambe gauches, qui de ce moment restèrent tout-à-fait immobiles, excepté une fois pendant une attaque de convulsions. Elle tomba ensuite dans l'assoupissement avec dilatation des pupilles et lenteur du pouls. Le coma complet ne se manifesta cependant que deux jours avant la mort, qui arriva le 22.

Ouverture du cadavre. — Distension des ventricules par de la sérosité. Il existait dans la substance de l'hémisphère droit, très-près du ventricule, une portion considérable dans un état de ramollissement complet; antérieurement et au contact de la portion ramollie, il y avait une partie longue et étroite de la substance cérébrale dans un état d'induration remarquable.

Obs. LVII. *Hydrocéphale précédée chez un adulte de symptômes très-obscurs, devenue fatale après la disparition du coma.* — Une dame de trente ans s'exposa, vers le 5 juin 1824, au froid et à la fatigue pendant ses règles, qui cessèrent prématurément. Elles reparurent ensuite pendant plusieurs jours, qu'elle fut remarquablement languissante, faible et abattue. Le pouls était naturel; elle se plaignait d'une légère céphalalgie. Cependant on pouvait plutôt craindre, d'après l'état où on la voyait, qu'elle fût menacée d'une aliénation mentale que de maladie d'un organe. Elle resta en cet état pendant neuf à dix jours. Le quinzième jour, quand je la vis, elle était désordonnée dans ses manières, qui étaient brusques et extravagantes; mais elle avait toute sa raison lorsqu'on lui parlait : elle se plaignait d'une légère céphalalgie, et le pouls avait de la fréquence. Le 16, elle fut très-oppressée, et le 17, elle était dans un état de coma presque complet, qui continua jusqu'au 18. Le 19, après

avoir été bien purgée avec de l'huile de croton, elle sortit entièrement du coma; elle reprit l'usage de tous ses sens, et il ne resta aucun symptôme inquiétant; seulement elle voyait de temps en temps les objets tors, et quelquefois doubles : d'autres fois sa vision était tout-à-fait naturelle; le pouls était fréquent et la langue saburrhale. Elle resta dans cet état pendant plusieurs jours; elle se plaignit alors de nouveau de la tête; elle eut par instants de l'incohérence dans les idées; elle ne voyait pas distinctement les objets, et les pupilles étaient dilatées. Le pouls augmentait de fréquence. Il continua à s'élever de plus en plus. La malade tenait des propos incohérents, et perdait ses forces. Elle périt le 25, sans coma.

On ne trouva à l'ouverture du cadavre aucune autre lésion qu'une distension des ventricules par de la sérosité, avec un ramollissement étendu du septum-lucidum et de la voûte.

Obs. LVIII. *Hydrocéphale avec rémission remarquable des accidents, qui a simulé une convalescence.* — Un enfant de sept ans avait, le 20 octobre 1824, une douleur dans la partie postérieure de la tête, avec de la fièvre et des vomissements. Des saignées locales, des purgatifs, etc., furent employés. Le petit malade, après avoir été pendant plusieurs jours un objet d'inquiétude d'autant plus grande qu'il n'y avait que peu de temps que son frère était mort d'une maladie cérébrale, se rétablit graduellement au point que le 27 et le 28 il n'éprouvait aucun accident, et allait dans la maison avec les apparences de son état de santé habituelle. Le 28, au soir, il fut subitement pris de violentes convulsions qui revinrent dans la nuit toutes les deux heures. Dans l'intervalle de ces convulsions, il était dans le coma; les pupilles étaient dilatées, et il était insensible. Le 29, il resta dans le coma presque toute la journée; le pouls était faible et variait en

fréquence de soixante à cent vingt pulsations. On eut recours aux saignées générales et locales, aux purgatifs, etc. Le 30, il reprit toute sa sensibilité; le regard était naturel, le pouls encore fréquent. Il se plaignait de douleur légère à la partie postérieure de la tête, où l'on pratiqua une saignée locale pendant qu'on administra des purgatifs. Il se rétablit progressivement; son pouls descendit à quatre-vingts ou quatre-vingt-dix pulsations : il ne ressentait plus de douleur. Il y avait cependant de la constipation, et les selles n'étaient point comme dans l'état de santé; les pupilles étaient aussi dilatées, et se contractaient lentement au contact de la lumière. Cet état continua pendant plusieurs jours, après lesquels il eut cinq à six accès de convulsions violentes qui le laissèrent, comme les premiers, dans l'état comateux. Il ne se rétablit pas complètement de ce dernier accès; mais il s'affaiblit graduellement, et mourut en peu de jours. Deux à trois jours avant sa mort, il eut une paralysie considérable du bras et de la jambe gauches.

On trouva à l'ouverture du cadavre un épanchement considérable dans les ventricules, et un ramollissement étendu de la voûte. La lame droite du septum-lucidum était ramollie à sa partie antérieure dans environ la moitié de son étendue, et la lame gauche offrait la même altération, mais dans sa moitié postérieure; il n'existait point de perforation de cette cloison.

Une modification intéressante de l'hydrocéphale aiguë s'observe lorsque cette maladie survient sur des sujets affectés d'autres maladies; c'est particulièrement dans des affections chroniques, et spécialement dans les maladies des poumons, que l'on voit cette complication; les symptômes thoraciques cessent en général alors au début des accidents cérébraux. Les trois observations suivantes feront connaître les principales formes de cette affection.

Obs. LIX. Un graveur, âgé de trente ans, était affecté, depuis plusieurs années, de toux et d'expectoration qui était décidément purulente. Quoique retenu chez lui, il pouvait cependant se livrer aux travaux de son art. Au commencement de juin 1819, un jour qu'il s'était fort agité dans la discussion d'affaires dans lesquelles il se regardait comme lésé, il sentit du malaise dans la tête, et immédiatement après sa parole devint très-embarrassée. La céphalalgie fit des progrès; elle avait particulièrement son siége à la partie latérale gauche et postérieure de la tête, et elle s'étendait à la partie supérieure du cou. La parole continuait à être très-gênée, et le pouls donnait de quatre-vingt-dix à quatre-vingt-seize pulsations. On eut recours aux moyens ordinaires, avec un léger soulagement qui fut peu durable. Cette maladie se prolongea pendant environ trois semaines, sans aucun changement remarquable dans les accidents : il tomba graduellement dans le coma et périt. Les accidents thoraciques se calmèrent aussitôt que ceux de la tête se manifestèrent. On constata à l'ouverture du corps l'existence d'un épanchement considérable dans les ventricules cérébraux; le ramollissement avait détruit le septum-lucidum, la voûte, une partie du corps calleux, et la substance cérébrale qui environne immédiatement les ventricules. Le sommet de chaque poumon offrait une portion indurée du volume d'une petite orange. Ce tissu malade était intérieurement irrégulièrement suppuré; les poumons étaient sains dans le reste de leur étendue.

Obs. LX. Un jeune homme de vingt-quatre ans était affecté, depuis environ huit mois, de toux avec expectoration. Il eut en août 1824 une hémoptysie abondante, dont il ressentit de fréquentes attaques pendant les mois d'août et de septembre. Ces accidents cessèrent au mois d'octobre; mais la toux continua à être intense; elle s'accompagnait

toujours d'une copieuse expectoration purulente et d'une grande émaciation avec perte des forces. A la fin de novembre il commença à se plaindre d'une douleur de tête qui devint intense et continue, et qui s'accompagna quelquefois de vomissements ; du reste, la toux et l'expectoration continuèrent. Il devint dès-lors beaucoup moins capable de faire aucun effort qu'il n'était auparavant : cependant il n'y eut point de changement remarquable dans les symptômes jusqu'à la première semaine de janvier. Un soir de cette semaine, il perdit subitement la parole : il la recouvra le lendemain ; mais il souffrait de la tête, et il était insouciant et languissant. Le troisième jour, nouvelle perte de la parole, qu'il reprit encore le quatrième jour. Il la perdit de nouveau le cinquième jour, et la recouvra le sixième. La parole resta alors assez distincte ; mais il tomba graduellement dans une sorte de démence, avec des accès de délire violents et des convulsions répétées de la face et des extrémités supérieures : cependant le pouls restait presque naturel : le malade avait l'air remarquablement égaré, et se plaignait fréquemment encore de la tête. Il tomba graduellement dans le coma, et périt environ trois semaines après le premier jour où il perdit la parole. Sa toux cessa entièrement dès la première attaque, jusqu'à peu de jours avant sa mort, qu'elle reparut à un léger degré.

Ouverture du corps. — Il y avait un épanchement considérable dans les ventricules, avec ramollissement étendu du septum-lucidum, de la voûte et des parties contiguës. A la base du cerveau se trouvait un épanchement étendu de fausse membrane jaune, d'une épaisseur considérable. Les deux poumons contenaient une très-grande quantité de tubercules avec de nombreuses cavernes.

Obs. LXI. Une dame de vingt-huit ans avait eu pendant plusieurs mois, dans l'hiver de 1823 à 1824, de la toux

avec expectoration abondante, des douleurs dans la poitrine, perte considérable des forces et de l'embonpoint et pouls fréquent. Elle vint à Édimbourg le 20 mai 1824 : la toux diminua beaucoup ; on l'attribua au changement d'air; au bout de quelques jours elle avait même complétement cessé. Cette dame resta alors fort bien jusqu'au 27 mai, qu'elle commença à se plaindre de la tête. Les trois jours suivants, elle était pesante et taciturne ; elle semblait avoir des absences et être dans le découragement; elle se plaignait d'avoir la vue trouble; elle resta une partie du temps dans son lit, mais son pouls était naturel. Le 31, le pouls commença à s'élever, et elle tint des propos très-incohérents. Je la vis pour la première fois le lendemain 1er jour du mois de juin. Elle avait alors l'air égaré, inquiet et stupide : elle tenait des propos incohérents, mais elle comprenait ce qu'on lui disait; elle voyait les objets doubles, et il y avait un léger strabisme ; le pouls était très-fréquent. Le 2 juin, la vue paraissait encore plus dérangée que la veille; les pupilles étaient dilatées ; elle tenait en même temps beaucoup de propos extravagants ; elle connaissait cependant ceux qui l'entouraient, et elle répondait distinctement lorsqu'on lui parlait; le pouls était fréquent et faible : elle mourut dans la nuit sans avoir eu de coma.

Ouverture du cadavre. — Les ventricules cérébraux étaient distendus par une grande quantité de liquide ; il y avait un ramollissement étendu de la cloison et de toutes les parties centrales. Autour et au-dessus des nerfs optiques, il y avait un dépôt considérable de lymphe coagulable dense, épaisse et opaque. Le tissu des poumons était affecté; mais il y avait des traces d'une inflammation chronique étendue de la plèvre du côté droit, avec un dépôt considérable de lymphe coagulable.

Il est inutile de multiplier des observations qui n'offrent

aucune variété particulière dans les accidents. Les faits que je viens de rapporter suffiront probablement pour faire connaître les principales formes de cette affection, et en même temps pour fournir des exemples des variétés les plus remarquables de ses symptômes [1].

[1] Les faits rapportés par M. Abercrombie suffisent, sans doute, pour faire connaître les différentes formes de l'inflammation des parties centrales du cerveau ; cependant, ces formes pouvant présenter tant de variations qui rendent souvent le diagnostic très-difficile, on ne considérera pas comme superflu que nous joignions les deux faits suivants à ceux que l'auteur a rassemblés.

Obs. LXI (*bis*). Antoine L..... D. M., chirurgien militaire, âgé de 54 ans, s'était depuis quelques années livré à des excès de libertinage. Ses facultés intellectuelles assez étendues, que j'avais pu juger plusieurs fois, s'affaiblirent ; il devint un adepte passionné, et même maniaque de la crânioscopie et ensuite du magnétisme ; bientôt après il tomba dans une véritable mélancolie ascétique. Il y avait plusieurs mois que je n'avais entendu parler de lui, lorsque l'un de ses compatriotes, chez lequel je le rencontrais souvent, vint me prier de le recevoir dans mon service, à l'Hôtel-Dieu. Il m'apprit que cet homme était tombé dans la misère, et avait été pris d'une maladie aiguë qui le retenait dans un hôtel-garni, où il était conservé par charité. J'allai le visiter. Je le trouvai dans un état demi-comateux, dont je le tirai difficilement ; il ne me reconnut pas, et ne parut pas avoir conscience de son état. La fièvre était vive, la peau chaude et sèche, la langue sèche. On m'apprit que ce malheureux faisait depuis quelque temps un abus habituel de l'opium, et qu'on craignait qu'il ne se fût empoisonné, après avoir resté pendant plusieurs jours dans sa chambre, sans prendre aucune nourriture. Depuis qu'il était dans cet état, c'est-à-dire, depuis huit jours, un médecin du voisinage avait pratiqué une saignée du bras et fait appliquer des sangsues derrière les oreilles. Je donnai des instructions pour faire porter cet homme dans mon service à l'hôpital. Cependant il ne fut apporté que huit jours après, le 27 décembre 1831 ; il était alors dans le coma le plus complet; couché sur le dos, il y restait immobile ; il ne pouvait proférer aucune parole ; les paupières étaient abaissées, les pupilles étaient mobiles et non dilatées ; le ventre était souple, non météorisé ; il semblait indolent à la pression. Un emplâtre de thériaque, appliqué sur le creux de l'estomac, indiquait que les organes de cette région avaient donné auparavant quelques signes de maladie. Ses membres étaient dans un état complet de laxité et d'immobilité ; le pouls était petit et mol, sans fréquence. Il résulta des renseignements que je pris, que pendant quinze jours aucun aliment ni boisson n'avait été administré ; le malade avait refusé obstinément de rien prendre. Depuis six à huit jours, les

Nous pouvons conclure, ce me semble, sans hésitation : de tout ce que nous avons dit, que la maladie, sous sa forme la plus ordinaire, est celle que l'on appelle communément *hydrocéphale aiguë*; que cette maladie est dans l'origine une

facultés intellectuelles étant diminuées, on lui avait donné du bouillon; mais ce liquide avait toujours été immédiatement vomi. Je fis administrer à ce malade des lavements purgatifs, je tirai du sang du bras. Le 22, je trouvai le pouls plus plein; quelques sangsues furent appliquées aux tempes, et des vésicatoires furent posés aux cuisses. Malgré ces moyens, le coma devint de plus en plus profond, et la mort arriva le 23 décembre.

Ouverture du cadavre. — Le crâne était d'une fragilité remarquable; les méninges n'offraient aucune trace d'altération; le cerveau, à sa face inférieure, présentait un ramollissement de son tissu, qui occupait le lobe antérieur gauche, le plancher du troisième ventricule et jusqu'à la commissure des nerfs optiques. La portion du tissu cérébral ramollie avait le volume d'un œuf; inférieurement elle était bornée par l'arachnoïde, qui était noirâtre, fragile, sans épaississement; supérieurement, cette altération du tissu se perdait progressivement dans la pulpe cérébrale saine, mais qui conservait une teinte jaune safranée jusqu'à une certaine distance. Ce tissu cérébral ramolli était converti en une matière jaunâtre extérieurement, et noirâtre intérieurement. On reconnaissait au centre de cette partie ramollie un noyau rouge induré et comme carnifié. On ne pouvait reconnaître aucune trace de disposition fibreuse dans le tissu ramolli. Les parois du ventricule droit étaient ramollies dans toute l'étendue de la moitié postérieure de ce ventricule. La substance blanche, ainsi ramollie, était comme de la crême, et complètement exempte de couleur anormale; la chute d'un filet d'eau entraînait cette pulpe molle jusqu'à une profondeur de huit lignes. La même altération se remarquait sur les parois du quart postérieur du ventricule gauche. Les deux ventricules étaient sains, et contenaient l'un et l'autre environ une demi-once de sérosité légèrement trouble. Les plexus choroïdes n'offraient aucune altération, non plus que les autres parties des organes encéphaliques. Les sinus de la dure-mère contenaient une grande quantité de sang noir; les vaisseaux cérébraux étaient sains.

L'estomac était aminci et ramolli dans sa partie splénique, au point d'être converti dans ses trois tuniques en une matière gélatineuse si peu consistante qu'elle se rompait et se brisait comme une couche mince de glu, par le poids même du viscère. La portion de l'estomac ainsi altérée était si mince qu'elle semblait ne former qu'une toile celluleuse, mince, diaphane comme l'épiploon; cette toile était parsemée de stries noires-brunes; on aurait dit qu'elle était injectée avec de la suie. La moitié pylorique de l'estomac était d'épaisseur naturelle, et plissée par le retrait de la tunique musculeuse. La muqueuse gastrique était, dans la partie ramollie, d'un blanc mat légèrement azuré; elle était revêtue d'une couche de mu-

affection inflammatoire, ayant particulièrement son siége dans le tissu des parties centrales du cerveau; qu'elle se termine généralement par le ramollissement de ces parties avec un épanchement séreux dans les ventricules, et qu'elle peut

cus assez visqueux et peu dense. On ne trouvait aucune trace d'injection ni de rougeur dans l'estomac. Le ramollissement était assez exactement circonscrit aux limites de la moitié cardiaque de l'estomac.

La maladie était caractérisée, dans les dix derniers jours, par un état comateux complet, de la nature de ceux que l'on attribue volontiers aux épanchements encéphaliques considérables. Le centre du cerveau était le siége d'un ramollissement inflammatoire étendu, et les ventricules latéraux contenaient un reste d'épanchement séreux, et la dilatation de leur cavité attestait que cet épanchement avait été plus grand. Nous manquons de renseignements assez précis sur les accidents éprouvés par le malade avant que nous l'ayons observé nous-mêmes ; nous ne tenons donc compte que des symptômes présentés dans la dernière période de la maladie, symptômes qui se trouvaient d'ailleurs en rapport avec l'état mordide du cerveau.

Le ramollissement de la région cardiaque de l'estomac, s'il est vrai que cet homme eut voulu se détruire par inanition, est une lésion très-remarquable, parce qu'elle confirmerait l'opinion émise par différents physiologistes depuis J. Hunter, que les sucs de l'estomac, au défaut d'aliments ingérés, peuvent agir sur cet organe lui-même. Si la lésion dont l'estomac était le siége avait existé à ce degré pendant la vie, l'estomac se serait rompu, et la mort serait arrivée plus rapidement par les suites d'un épanchement abdominal. Ce ramollissement de l'estomac se trouve dans d'autres circonstances que celles où était cet homme. Si c'était ici le lieu, nous prouverions qu'il survient après la mort, dans certaines conditions morbides des sécrétions de la muqueuse de l'estomac.

Le coma et la paralysie peuvent survenir subitement à certaines périodes des phlegmasies du centre des hémisphères cérébraux, sans qu'il se forme pour cela d'épanchement dans les cavités ni dans l'épaisseur de l'encéphale. Le fait suivant offre un exemple de cette marche de la maladie, et montre en même temps quelle grande étendue peut occuper, dans l'épaisseur du cerveau, la phlegmasie même suppurée du tissu de cet organe.

Obs. LXI (*ter*). Marché Victoire, âgée de 16 ans, bonne d'enfants, habitait Paris seulement depuis six mois; elle avait couché depuis son séjour dans la capitale, dans une chambre au rez-de-chaussée, humide et mal aérée. Pendant les deux ou trois jours qui ont précédé Noël 1832, elle a été prise de douleurs vagues avec des lassitudes spontanées, brisement gé-

devenir fatale par le seul ramollissement même peu étendu, mais avec tous les symptômes que l'on considère communément comme caractéristiques de l'hydrocéphale.

Les faits que j'ai réunis sont des exemples des différentes

néral des membres et quelques pertes de connaissance; elle n'avait pas d'appétit; les aliments, quelle que fût leur nature, paraissaient amers et de mauvais goût; des nausées, quelques vomissements survinrent avec une diarrhée fort abondante. Ces accidents continuèrent; le sommeil était agité de rêves pénibles; une céphalalgie opiniâtre se manifesta. Le dernier jour de décembre, la malade est amenée dans mon service à l'hôpital Cochin. Le 2 janvier 1833 elle est dans l'état suivant: accablement inexprimable, empreinte de stupeur sur la face, pupilles largement dilatées, presque immobiles à l'action de la lumière; les yeux semblent errer au hasard sans s'attacher à aucun objet. Les pommettes sont injectées; la région occipitale est le siége d'une douleur obtuse profonde, les oreilles tintent continuellement; la malade répond avec facilité et précision aux questions qui lui sont adressées. La langue est rouge à sa pointe et sur ses bords; elle est couverte d'un enduit muqueux à sa base et à son milieu, la soif est peu vive, l'appétit nul. Il n'y a ni nausées ni vomissements; douleurs obtuses à la pression, à l'épigastre et à l'abdomen. Plus de dévoiement depuis la veille. La malade a une petite toux sèche sans expectoration; on ne trouve à l'ausculation aucun signe de lésion, soit des poumons, soit du cœur. Cette fille n'est pas réglée; le pouls est très-fréquent, la peau sèche et chaude; des sangsues ont été appliquées à la partie interne des cuisses. Aujourd'hui une saignée de huit onces a été pratiquée.

Le 3 janvier le facies exprime toujours l'étonnement et la stupeur, il n'y a point eu de sommeil; la céphalalgie a diminué notablement, la soif est toujours très-vive, la langue reste rouge à sa pointe et sur ses bords; la sensibilité épigastrique semble plus vive; il y a eu une selle diarrhéique depuis la veille, le ventre est chaud et indolent à la pression, sauf à l'épigastre; la toux a conservé son caractère, l'haleine exhale une remarquable fétidité, la peau est toujours chaude et sèche, le pouls conserve sa fréquence, la malade reste couchée en supination; le soir, vers cinq heures, ses lèvres sont le siége d'un tremblement convulsif, la fièvre augmente et continue toute la nuit, pendant laquelle le sommeil est agité de rêves continuels. Le 4 au matin, l'état fébrile a fait place à un peu de moiteur; le pouls est moins vif, moins accéléré; la peau moins chaude, la douleur épigastrique moins vive qu'hier; une selle diarrhéique encore a eu lieu dans la journée d'hier; la langue est rosée à la pointe, plate; le facies exprime moins l'étonnement que la veille; on ne remarque point non plus le tremblement comme convulsif des lèvres.

Le 5 janvier le sommeil a été plus tranquille, la peau est couverte de sueur; elle est souple, molle, le pouls est moins fréquent, la céphalalgie

variétés importantes des symptômes. Nous avons vu dans quelques-uns le coma complet long-temps continué sans aucun épanchement, et dans d'autres un épanchement étendu sans le plus léger degré de coma. Nous avons aussi observé

moins intense, la langue n'est plus rouge, effilée, la soif moins vive, la diarrhée a cessé; 15 sangsues appliquées hier à l'anus ont déterminé un écoulement abondant de sang.

Le 6 janvier l'élève interne me rend compte que la veille au soir il a trouvé cette malade dans l'état le plus satisfaisant; elle a passé la dernière nuit dans un état de calme parfait; ce matin encore elle parlait à sa voisine de lit, et ne paraissait rien éprouver d'insolite; mais à peine quelques instants s'étaient-ils écoulés, qu'elle perd la faculté de répondre aux questions qu'on lui adresse. A la visite qui se fit une demi-heure après, je la trouvai dans l'état suivant: la figure est remarquablement plus pâle qu'elle n'était la veille, les deux pupilles, moins dilatées d'ailleurs que lors de son admission, sont d'une immobilité absolue; la langue ne peut être sortie hors des arcades dentaires, elle est humide, molle au toucher; la pression abdominale épigastrique ne provoque aucunes douleurs, et ne tire pas la malade de l'assoupissement dans lequel elle est plongée. Les mouvements imprimés au tronc ou aux membres semblent du reste la fatiguer, la respiration se fait comme à l'état normal; les battements du cœur sont réguliers; le pouls est petit, peu accéléré; la peau conserve sa chaleur naturelle; le membre thoracique droit a totalement perdu la faculté de se mouvoir; soulevé, il retombe comme une masse inerte. La sensibilité n'est pas entièrement détruite; la sensation de la lumière paraît être très-incommode à la malade; la pupille droite est plus dilatée que la gauche, et aussi complètement immobile. La jambe droite est paralysée comme le bras du même côté. *Prés*: 30 sangsues derrière les oreilles; saignées du pied.

Le 7 janvier, le facies est remarquablement altéré, décoloré au contour de la bouche et des fosses nasales; yeux excavés; assoupissement presque continuel, interrompu de temps à autre par un hoquet pénible. Pendant cet état de somnolence le globe oculaire du côté droit reste à demi-découvert, tandis que le gauche est totalement voilé par la paupière supérieure. Celle-là supporte difficilement le contact du doigt; elle oppose de la résistance à l'action qui tend à la soulever; l'autre, au contraire, se laisse mouvoir et soulever comme un organe inerte; les deux pupilles sont largement dilatées, mais la gauche est immobile; la lumière ne l'impressionne en aucune façon, pendant qu'elle produit sur la droite une sensation pénible que la malade accuse par ses mouvements. La joue droite a perdu sa sensibilité; la prunelle est légèrement déviée à gauche, l'haleine est fétide, le pouls petit, assez fréquent, la peau peu chaude, l'excrétion des urines a lieu à l'insçu de la malade. La déglutition des liquides est plus

la disparition complète du coma, quoique la maladie continuât à marcher vers sa terminaison fatale. L'état du pouls, de la vision et des fonctions intellectuelles nous a offert différentes variétés, et nous avons vu la maladie parcourir

facile qu'elle n'était hier; du reste, immobilité de toute la moitié droite du corps, tant des membres droits que de la moitié du tronc; l'assoupissement ressemble au coma; la malade ne connaît rien de ce qui se passe autour d'elle. *Prés.* : vésicatoire sur la tête.

Le 8 janvier, le facies est moins altéré qu'hier, la déglutition plus facile, la peau moins chaude, le pouls moins fréquent et plus régulier; on tire assez facilement la malade du coma en l'excitant, elle promène alors ses yeux sur ceux qui l'entourent, et paraît les reconnaître; du reste l'aphonie et la paralysie persistent: les pupilles sont moins dilatées, la droite a repris sa mobilité; les paupières se relèvent sous l'empire de la volonté. *Prés.* : vésicatoires aux mollets; 18 grains de calomélas, à prendre en trois prises.

Le 9, même état, seulement le coma a cessé; il y a eu hier plusieurs selles liquides, par suite de l'administration du calomélas.

Le 10, facies plus altéré que la veille, pupilles très-dilatées, bouche déviée à gauche, et laissant écouler de ce côté une salive filante très-abondante. Le bras gauche est maintenu, par la volonté de la malade, dans un état de demi-contracture, et résiste violemment lorsqu'on veut l'étendre; la malade a les yeux ouverts, et fixe ceux qui l'entourent; elle fait des efforts inutiles pour montrer sa langue; le côté droit du corps est complètement paralysé, et les muscles de ce côté sont relâchés. Il reste cependant quelque peu de sensibilité du côté droit. La peau est chaude et sèche, le pouls toujours fréquent.

Le 11 janvier, même état. *Prés.* : séton à la nuque, 15 grains de calomélas, pour soutenir le ptyalisme mercuriel déterminé à dessein.

Le 12 janvier, le facies est meilleur, la pupille droite est plus dilatée que la gauche; toutes deux sont maintenant mobiles. Les membres paralysés restent dans le même état, et l'état de la malade présente peu de changement notable jusqu'au 14.

Le 14 janvier, décubitus en supination, indifférence sur tout ce qui se passe autour d'elle, salivation visqueuse, paupières abaissées, laissant apercevoir un quart du globe oculaire. La malade sort, quand on l'excite, de cet état de somnolence; elle paraît distinguer les personnes qui l'entourent; la déglutition est plus facile, les urines coulent abondamment; la peau est chaude et sèche; le pouls est très-fréquent: les membres paralysés sont presque insensibles et sans contracture; ils sont toujours, ainsi que les muscles de la moitié droite du tronc, privés de mouvement et de sentiment: les mouvements respiratoires continuent cependant à se faire du côté droit. *Prés.* : 6 sangsues derrière chaque oreille; sinapismes aux pieds.

Le 15 janvier, les yeux sont ouverts et se fixent sur les personnes qui

toutes ses périodes sans que le malade se plaignît de la moindre douleur, et sans qu'il se manifestât aucun symptôme indiquant le danger, jusqu'à l'invasion inopinée d'un coma profond. Toutes ces différences observées dans les cas

l'entourent ; elle comprend parfaitement ce qu'on lui demande, car elle indique par signes que le pansement du vésicatoire des jambes est dérangé ; elle fait même quelques efforts pour parler ; les pupilles sont moins dilatées, plus mobiles. Elle ne paraît pas entendre ; l'agitation a été très-vive pendant la nuit ; hoquet intermittent ; elle boit avec plaisir le bouillon qu'on lui administre. *Prés.* : application de deux moxas derrière les apophyses mastoïdes.

Le 16 janvier, l'application des moxas n'a déterminé de douleurs que pour celui du côté gauche, opposé à la paralysie, qui a déterminé des plaintes.

Le 18 janvier, le pouls conserve de la fréquence, la malade pousse des cris fréquents, les pommettes sont colorées, la malade semble ne pas voir ce qui se passe autour d'elle ; en la piquant sur la partie moyenne droite du thorax, elle ne donne aucun signe de sensibilité ; l'effet inverse s'observe pour le côté opposé ; une escharre se manifeste au coccyx, la moitie droite du tronc et les membres droits sont toujours privés de sensibilité et de mouvement. *Prés* : six sangsues derrière chaque oreille.

De ce moment la peau est devenue terreuse, le marasme a fait des progrès rapides ; et, sans que les accidents cérébraux augmentassent et changeassent de forme, la malade a été de jour en jour en s'épuisant jusqu'au 25 janvier, qu'elle a succombé par les progrès successifs de l'adynamie.

Ouverture du cadavre. — Sur la surface externe du lobe moyen gauche, l'arachnoïde était d'un rouge foncé, étendu par plaques irrégulières. Cette membrane se déchirait en ces points par le simple frottement du doigt à la surface. La pie-mère correspondante n'offrait aucune altération ; la surface adjacente du cerveau paraissait saine ; cependant on remarquait qu'en enlevant l'arachnoïde on enlevait de petites portions de substance grise évidemment ramollie. L'hémisphère gauche présentait à son centre, depuis son tiers antérieur jusqu'a là moitié du lobe postérieur, un ramollissement qui occupait tout le centre ovale de Vieussens. Ce ramollissement s'étendait en travers de la paroi externe du ventricule, de la cavité duquel il n'était séparé que par trois lignes environ de tissu sain, jusqu'à la surface cendrée de l'organe. Ce ramollissement se caractérisait par une diffluence du tissu cérébral, telle qu'un filet d'eau l'entraînait ; le tissu ramolli ne présentait aucune trace de dispositiun fibreuse dans sa texture ; il était d'un blanc grisâtre, parsemé d'uue multitude de points rouge-brique comme si sa substance était malaxée avec du sang. On ne remarquait cependant aucune trace d'épanchement sanguin dans le centre ni autour de cet énorme foyer. L'hémisphère droit, la protubérance annulaire, la moelle allongée,

que nous avons recueillis, montrent le danger de se laisser guider par l'esprit de système dans le diagnostic des maladies cérébrales, et la nécessité de se livrer encore à l'observation attentive et prolongée des faits sur cette classe de maladies.

La forme de la maladie qui vient de nous occuper est la forme la plus ordinaire de l'hydrocéphale aiguë; il faut cependant ne pas perdre de vue qu'il survient dans le cerveau des épanchements séreux sous d'autres formes. L'épanchement séreux coïncide d'ailleurs aussi avec des inflammations des parties du tissu cérébral, autres que celles rencontrées sur les sujets des dernières observations, ou avec des inflammations des membranes. Il peut également se présenter sans aucune autre lésion encéphalique que la présence de la sérosité qui le constitue. Les deux observations suivantes sont de cette espèce; je dois ajouter que ce sont les deux seuls

étaient saines; les ventricules n'offraient aucune altération, et n'étaient pas dilatés. Le cervelet, les vaisseaux encéphaliques, les plexus choroïdes, étaient sains.

La cavité thoracique gauche contenait un épanchement séreux rougeâtre, mêlé de flocons pseudo-membraneux; la plèvre de ce côté était manifestement injectée; tous les viscères abdominaux étaient complètement sains; seulement la muqueuse de l'iléon offrait, dans sa partie moyenne et dans une étendue très-limitée, quelques arborisations vasculaires injectées.

Lorsque cette jeune fille fut apportée dans notre service, elle présentait un ensemble de symptômes typhoïdes qui auraient pu en imposer pour une fièvre grave, si l'on n'eût pas tenu compte de la prédominance des symptômes encéphaliques. La douleur de tête intense et la fièvre furent les symptômes principaux de la maladie; puis tout d'un coup nous vîmes se manifester les accidents de paralysie et de coma, qui ne laissèrent plus de doute sur l'existence d'un désordre très-grave dans le cerveau. Nous n'avons jamais trouvé de désorganisation inflammatoire cérébrale plus étendue que celle que ce cadavre nous a présentée, et l'on ne peut réellement concevoir qu'avec un tel désordre la malade n'ait pas succombé beaucoup plus tôt, qu'en faisant attention que la maladie n'avait pas dépassé les limites d'un seul hémisphère cérébral.

A. N. G., *trad.*

cas de cette espèce que je trouve dans mes notes sur l'hydrocéphale aiguë. On remarquera sans doute que la maladie s'est développée sur les sujets de ces observations sous une forme insidieuse et chronique, et qu'elle a offert un contraste remarquable avec les symptômes actifs observés dans les cas précédemment rapportés.

§. V. *Épanchement séreux encéphalique simple.*

Obs. LXII. Un enfant de neuf ans était affecté d'une légère céphalalgie, avec langue saburrhale, anorexie et sommeil troublé ; le pouls donnait de quatre-vingt-seize à cent pulsations par minute. On n'observa que ces légers symptômes pendant la première semaine de la maladie ; le malade était mieux un jour, et moins bien le lendemain ; la céphalalgie avait quelquefois disparu pendant une grande partie du jour ; elle n'était d'ailleurs jamais intense. A la fin de la deuxième semaine, on remarqua une discordance dans les symptômes ; la céphalalgie devint plus violente et plus permanente que ne le comportait le degré d'intensité de la fièvre. Cependant, même au treizième et au quatorzième jour, la maladie ressemblait encore beaucoup à une fièvre continue des plus légères ; elle était même ainsi considérée par un médecin du premier mérite. Néanmoins, durant la deuxième semaine, la céphalalgie était devenue plus intense, tandis que les autres accidents fébriles avaient été en diminuant. Le quinzième jour, le pouls tomba subitement à soixante-dix pulsations, et la céphalalgie augmenta. Le seizième jour, il y eut une convulsion légère ; le dix-septième, il y eut du coma avec du strabisme ; le pouls était au-dessous de son rhythme naturel. Le dix-huitième, le pouls commença à s'élever, et le coma diminua. Le dix-neuvième et le vingtième, le malade jouissait de ses facultés sensitives et intellectuelles ; la langue était nette, et il avait de l'appétit ;

le pouls était à quatre-vingt-seize pulsations. Le jour suivant, il fut dans un état moins satisfaisant; il tomba graduellement dans le coma, le strabisme se manifesta, la mort arriva le trentième jour environ de la maladie. Le pouls s'était élevé à cent vingt pulsations, et il était survenu la dernière semaine quelque léger retour de convulsions.

A l'ouverture du cadavre, on trouva tous les ventricules cérébraux distendus par de la sérosité limpide ; il n'existait absolument aucune autre apparence de lésion morbide, qu'une turgescence considérable des vaisseaux de la surface du cerveau.

Obs. LXIII. Un jeune homme de vingt-quatre ans avait une légère céphalalgie avec une langueur et une indolence insolites. Il attribuait cet état au froid, et pendant la première semaine il continua à vaquer à ses affaires. La seconde semaine il eut une céphalalgie considérable, du frisson, de la faiblesse et de l'anorexie. La langue était saburrhale et le sommeil était agité ; le pouls donnait environ cent douze pulsations. Vers la fin de cette semaine, on s'aperçut d'une ou deux légères absences ; la troisième semaine le pouls tomba rapidement à soixante-douze pulsations ; la langue se nettoya, le malade ne se plaignait que faiblement, et même pas du tout de la tête ; il avait cependant parfois de l'incohérence dans les idées, mais ce symptôme était léger et passager ; il éprouvait aussi de singulières absences sur des sujets particuliers. Ceux qui l'entouraient le remarquèrent ; mais ce symptôme ne fut pas observé dans ses rapports avec les médecins ; le pouls resta lent pendant deux jours, après lesquels il s'éleva rapidement à cent trente pulsations, avec augmentation du délire. Au bout de quelques jours, le délire cessa, et on conçut beaucoup d'espoir de le guérir; mais le délire revint bientôt, et fut rapidement suivi de cécité, de coma et de mort : il périt vers le milieu de la qua-

trième semaine de sa maladie. Je n'ai point vu ce malade, mais j'étais présent à l'ouverture de son corps.

Tous les ventricules cérébraux étaient distendus par de la sérosité limpide sans aucune autre apparence de lésion morbide.

La nature de la maladie observée dans ces deux derniers cas est peut-être plus obscure que celle des maladies des sujets des observations précédentes. Cependant il est probable que l'épanchement est le résultat d'un faible degré d'inflammation du cerveau; ce qui le prouve est ce fait que de semblables lésions se rencontrent quelquefois dans des cas où la maladie est le résultat de l'action d'une cause physique sur la tête, comme dans les observations suivantes.

Obs. LXIV. Un homme de quarante ans, d'une constitution scrophuleuse, était sur un char aux courses de Leith. Au départ du cheval, il perdit l'équilibre et tomba du char; sa tête porta sur le sable. Il ne ressentit à l'instant aucun inconvénient, et il vaqua à ses affaires pendant une semaine, tout en se plaignant fréquemment de la tête. Il fut ensuite retenu chez lui par l'augmentation de la céphalalgie, qui s'accompagna de vomissements et de fièvre légère. Peu de jours après, il tomba dans l'abattement et ensuite dans le coma, et il mourut à la fin de la deuxième semaine.

Ouverture du cadavre. — Tous les ventricules du cerveau étaient distendus par de la sérosité, sans aucune autre apparence d'altération morbide.

Obs. LXV. Une jeune fille de treize ans tomba d'une escarpolette; sa tête heurta avec violence contre le sol. De ce moment, elle se plaignit de céphalalgie, mais elle ne fut pas arrêtée au lit; sa santé d'ailleurs ne parut pas altérée jusqu'à six semaines après l'accident, que la céphalalgie augmenta et s'accompagna de vomissements et de fréquence dans le pouls. Les vomissements s'arrêtèrent bientôt, mais

ils furent suivis d'un léger délire auquel succéda ensuite l'état comateux. Elle resta cinq à six jours dans le coma, et elle périt deux mois après sa chute.

Ouverture du cadavre. — Tous les ventricules du cerveau étaient distendus par de la sérosité sans aucune autre apparence de lésion morbide.

RÉSUMÉ GÉNÉRAL DES FAITS SUR L'INFLAMMATION DES PARTIES CENTRALES DU CERVEAU ET SUR L'HYDROCÉPHALE AIGUE.

Le rapprochement des faits recueillis sur l'important sujet qui nous occupe donne des résultats d'une grande importance pour la médecine pratique sur la pathologie des maladies cérébrales, et surtout sur les maladies encéphaliques qui se terminent par un épanchement séreux.

On a observé la présence d'une grande quantité de liquide dans le cerveau, sans qu'il en soit résulté aucun symptôme alarmant. Morgagni a trouvé huit onces de sérosité dans le cerveau d'un homme qui mourut subitement de suffocation à une période avancée d'une pneumonie; et Heberden en trouva la même quantité sur un homme qui périt subitement après avoir été affaibli par un accès de fièvre qui n'avait offert aucun symptôme d'affection cérébrale. Ce n'est donc pas la présence d'une certaine quantité de sérosité épanchée dans le cerveau qui détermine les symptômes de l'hydrocéphale. Nous avons d'ailleurs vu la maladie présenter successivement tous les symptômes de l'hydrocéphale, et se terminer d'une manière funeste sans qu'il y eût aucun épanchement. La conséquence naturelle des faits paraît être que les symptômes morbides, dans ces cas, ne sont pas le résultat de l'épanchement, mais bien celui de la maladie cérébrale dont l'épanchement est une des terminaisons.

Les faits que nous avons recueillis ne permettent pas de douter que la maladie dont ils sont des exemples ne soit de nature inflammatoire. Si l'on admet cette conséquence de

l'observation comme bien établie, il faudra en déduire que la pratique devra principalement tendre à arrêter l'inflammation dès son commencement, pour prévenir ainsi la formation de l'épanchement qui en est l'effet, et particulièrement pour prévenir le ramollissement qui constitue, comme nous l'avons montré, une terminaison fatale de la maladie, même lorsqu'il est peu étendu, et qu'il ne s'y joint aucun épanchement. Nous avons des raisons fondées pour considérer cette terminaison comme la plus à redouter dans ces inflammations cérébrales, surtout comparativement à la terminaison par simple épanchement. Les parties au milieu desquelles l'épanchement s'opère étant dans l'état sain, il semble que l'on n'a aucun motif plausible pour le considérer comme une affection qui ne laisse aucun espoir; nous n'avons d'ailleurs, je pense, pas de raison fondée de douter de la possibilité de l'absorption d'un liquide séreux dans les ventricules cérébraux. L'analogie avec ce qui se passe dans les autres cavités, et ce qui arrive dans le cerveau lui-même, nous autorise encore à l'admettre. On est bien fondé à croire que dans les autres cavités séreuses il s'opère constamment une absorption de la sérosité déposée, et une exhalation de nouveau fluide à sa place. Dans l'état de maladie, l'affection ne cède qu'à l'absorption augmentée du fluide qui a été exhalé. Les ventricules cérébraux sont des cavités séreuses, et l'on n'a pas de motifs pour penser que les mêmes fonctions qui s'exécutent dans toutes les séreuses ne s'opèrent pas en eux, quel que soit d'ailleurs l'appareil par lequel l'absorption s'exécute; ce qui prouve enfin que l'absorption se fait dans le cerveau, c'est la disparition graduelle du sang coagulé, soit à la surface de cet organe, soit dans ses ventricules, soit dans des cavités formées dans l'épaisseur de sa substance.

D'après tout ce que nous avons dit, nous nous croyons suffisamment autorisé à établir sur cette classe d'affections cérébrales les conclusions suivantes :

1° Dans les cas ordinaires d'hydrocéphale, le coma et les autres symptômes qui l'accompagnent ne doivent point être considérés comme l'effet direct de l'épanchement, mais comme l'effet de l'état morbide du cerveau dont l'épanchement est la conséquence ;

2° Il n'existe point de signe dont la présence indique l'existence de l'épanchement dans le cerveau. La lenteur du pouls, suivie de son accélération ; le strabisme, la vision double, les pupilles dilatées, les symptômes de paralysie, et le coma complet existent, comme nous l'avons vu, sans aucun épanchement ;

3° Tous ces symptômes peuvent exister avec un état du cerveau simplement inflammatoire et essentiellement sténique, tandis que l'on soumet le malade à un traitement actif, et quoique ce traitement, adopté sans indécision et à une période peu avancée, laisse l'espoir d'arrêter les progrès de la maladie dans un grand nombre de cas.

C'est peut-être dans le degré d'activité des symptômes, qu'il faut chercher les bases du pronostic dans les cas particuliers; plus les signes se rapprochent de ceux d'une inflammation active, plus on est fondé à espérer d'enlever rapidement la maladie. Cet espoir doit être d'autant moins grand que la maladie se rapproche davantage de l'inflammation faible et scrophuleuse. Il suit de là que la période où il faut recourir au traitement actif est courte; le mal est probablement sans remède dès la fin de la première période de la maladie.

Les principes qui viennent d'être exposés s'appliquent immédiatement à la solution de la question suivante : A-t-on guéri des hydrocéphales ? Il n'y a pas de doute que des malades qui présentaient tous les symptômes de cette maladie n'aient été guéris. Nous en rapporterons plusieurs exemples. Des écrivains ont cité avec confiance de pareils cas comme des exemples de guérison de l'hydrocéphale, tandis que

d'autres ne les ont considérés que comme des cas remarquables pour leur ressemblance avec cette maladie. En admettant les principes que nous avons exposés, nous croyons qu'on n'a pas de règle certaine pour prononcer sur la présence d'un épanchement dans le cerveau ; mais que tous les symptômes qui accompagnent ordinairement l'épanchement existent aussi avec un état inflammatoire de l'encéphale, qui, si on le laisse aller, déterminera probablement un épanchement ; mais qui, au contraire, s'il est attaqué sans indécision dans sa première période, peut être, dans un certain nombre de cas, traité avec succès. Il faut laisser encore dans le domaine des conjectures la question de savoir si le fluide épanché peut être résorbé, ou si la maladie peut être guérie après que l'épanchement s'est formé. Les faits que nous avons rapportés nous donnent cependant des raisons de croire que, dans les cas ordinaires d'hydrocéphale, la disparition du liquide épanché, lorsqu'il en existe, ne peut en aucune manière améliorer l'état du malade, puisqu'il resterait encore la maladie profonde des parties centrales du cerveau, qui accompagne les épanchements dans un si grand nombre de cas, et que nous avons vu cette maladie devenir funeste par elle-même, sans aucun épanchement, et même avec tous les symptômes ordinaires de l'hydrocéphale.

SECTION VII.

DES CAUSES DES INFLAMMATIONS CÉRÉBRALES.

Les causes des inflammations cérébrales échappent à l'observation dans un très-grand nombre de cas. Les circonstances sous l'empire desquelles ces maladies surviennent le plus fréquemment, sont surtout les suivantes :

I. Ces phlegmasies se manifestent souvent dans le cours des autres maladies fébriles, comme la fièvre continue, la scarlatine, la rougeole, etc.

Les cas les plus graves et les plus fréquents des maladies cérébrales inflammatoires, survenues par une cause de cette espèce, sont ceux qui succèdent à la scarlatine. Un enfant convalescent de la scarlatine, qu'il peut avoir eue à un faible degré, est pris, peut-être après s'être exposé au froid, de céphalalgie à laquelle succèdent rapidement les convulsions, suivies elles-mêmes de cécité et de coma. Les accidents cérébraux peuvent avoir été précédés de l'anasarque, qui survient fréquemment après la scarlatine. Cette circonstance porte à les attribuer à un épanchement subit dans le cerveau; cependant la maladie est entièrement inflammatoire, et le malade ne peut être sauvé que par le traitement le plus énergique, par les saignées, les purgatifs, et autres moyens semblables. Par ces moyens de traitement on guérit plusieurs de ces malades; d'autres périssent et présentent les lésions ordinaires des affections inflammatoires du cerveau. On voit des individus qui ont été guéris de cette maladie, rester sujets à des accès d'épilepsie.

La maladie cérébrale qui nous occupe peut se manifester pendant les fièvres continues, spécialement aux périodes les plus avancées de ces fièvres [1]. Lorsqu'elle se déve-

[1] Il faut rapprocher des affections du cerveau qui se manifestent pendant les fièvres graves, une phlegmasie aiguë de l'encéphale, dont on observe quelquefois le développement pendant la durée de violentes inflammations gastro-intestinales. C'est le plus ordinairement quand la maladie abdominale commence à diminuer, que cette maladie encéphalique éclate. J'ai vu périr ainsi des malades que je m'applaudissais de voir échapper à tous les dangers d'une première maladie très-grave.

Un petit garçon de dix ans fut pris subitement, le soir, au mois de mars 1829, de vomissements très-fréquents, qui devinrent tels qu'il ne pouvait conserver une cuillerée d'eau. Le lendemain matin le pouls était assez plein et donnait cent vingt pulsations; l'épigastre et toute la région supérieure de l'abdomen jusqu'à l'ombilic étaient très-douloureux au toucher. Malgré deux saignées générales, des saignées locales, des cataplasmes émollients et des bains, il me fut impossible de modérer les accidents pendant six jours; leur intensité était excessive; les vomissements étaient presque continus, et s'accompagnaient de crampes et de coliques

loppe graduellement et d'une manière insidieuse, elle est généralement au-dessus des ressources de l'art; mais, si elle est d'une forme plus aiguë, on parvient fréquemment à guérir le malade par un traitement actif. Dans les fièvres

intenses. Une cuillerée d'eau pure provoquait le retour des vomissements lorsqu'ils étaient suspendus. La fièvre était très-vive, la peau chaude et le pouls très-faible. Deux vésicatoires appliqués sur les hypochondres semblèrent diminuer cet état si grave, contre lequel j'avais inutilement épuisé le traitement antiphlogistique et ensuite le traitement sédatif. L'amélioration qu'amenèrent les vésicatoires ne dura pas : le lendemain les vomissements continus, les crampes, l'excitation extrême, la fièvre intense, la sécheresse de la langue, la soif inextinguible, étaient aussi intenses que deux jours auparavant. Un gros moxa fut brûlé sur l'épigastre. Le soulagement fut immmédiat, et ne se démentit plus; deux jours après le malade supportait du bouillon de poulet ; la fièvre était diminuée, et il existait un état de bien-être qui donnait de l'espérance. Le cinquième jour de cette amélioration, qui avait été constante puisqu'il n'y avait plus de fièvre depuis vingt-quatre heures, l'enfant, qui avait dormi profondément pendant la nuit, se réveilla avec une céphalalgie légère et le regard égaré; il se plaignit de voir sauter les meubles de la chambre. Le pouls prit dans la journée de la fréquence ; il y eut plusieurs syncopes. Un large vésicatoire fut appliqué à la nuque; des sinapismes furent promenés sur les extrémités inférieures. Le soir et la nuit suivante il y eut du délire : dix sangsues furent appliquées derrière les oreilles. Le lendemain l'enfant était dans le coma ; il périt le soir.

Je trouvai, à l'ouverture du cadavre, un ramollissement de la voûte à trois piliers, un épanchement de sérosité trouble dans les ventricules latéraux, et une destruction complète par ramollissement du septum-lucidum. La muqueuse gastro-intestinale était plus épaisse que dans l'état sain, plus rugueuse ; mais elle était pâle, excepté quelques marbrures dans l'estomac et le duodénum.

Je pourrais citer cinq faits semblables, que j'ai observés depuis trois ans, et entre autres le cas d'une dame que j'ai vue au mois de novembre 1829, en consultation avec M. le docteur Perraudin; elle avait une gastrite des plus violentes, qui parut céder à l'application de deux cautères sur l'épigastre. Depuis trois semaines que ces cautères avaient été appliqués après notre consultation, elle reprenait lentement ses forces; elle était amenée à supporter facilement le bouillon de veau à la glace, et on la levait depuis deux à trois jours, lorsque le soir elle adressa à son mari une question déraisonnable. Celui-ci ayant fixé son attention, il n'y eut plus de délire ce jour-là. Le lendemain matin à son réveil, propos délirants qui se renouvellent dans la journée, après plusieurs moments de sommeil. Il survenait

lentes prolongées, il survient souvent une affection qui présente plusieurs des caractères des affections cérébrales les plus dangereuses ; mais ces accidents disparaissent lorsque la fièvre cesse. Un enfant de quatre à cinq ans, que j'ai vu avec le docteur Begbie, avait tous les symptômes d'une fièvre lente ; il tomba dans la stupeur, qui s'accompagna de dilatation des pupilles, et de cécité avec un certain degré de strabisme. Il perdit la parole, et ne la reprit graduellement qu'après être resté complétement muet pendant près d'un mois. La cécité n'avait duré que six jours. Le retour de la parole fut précédé d'un écoulement abondant par les deux oreilles. Trois mois environ après il mourut à la campagne, d'une maladie cérébrale; on trouva des tubercules dans le cerveau, avec un épanchement séreux. J'ai vu une autre fois, chez un adulte, un coma presque complet avec cette roideur spasmodique de plusieurs membres que les auteurs français ont considérée comme caractéristique du ramollis-

des défaillances, même en la remuant dans son lit. Le jour suivant je la vis en consultation pour la deuxième fois : elle ne me reconnut pas. Il y avait strabisme, paralysie incomplète des muscles du côté droit de la face, stupeur; le pouls était extrêmement fréquent et irrégulier. Nous fîmes appliquer des moxas derrière les oreilles ; il n'y eut aucun soulagement; le délire continua, la malade tomba dans la stupeur et le coma, et périt trois jours après.

Je n'ai pu jusqu'à présent constater l'existence d'aucun prodrôme qui puisse faire prévoir l'invasion de la maladie cérébrale dans ces circonstances ; l'état de faiblesse et d'épuisement où sont alors les malades ajoute encore au danger de cette maladie, déjà si grave par elle-même. Il me paraît difficile de se rendre raison de sa manifestation sur des sujets que l'on a soumis à toute l'activité d'un traitement antiphlogistique des plus énergiques. Dans tous les cas où je l'ai observée, elle a été funeste, malgré les moyens actifs que j'ai opposés à son développement; il faut se garder d'attribuer ainsi à une phlegmasie métastatique sur le cerveau, des cérébrites, pendant la première période desquelles les symptômes abdominaux sont tellement prononcés qu'on serait tenté de les considérer comme des phénomènes idiopathiques; l'explosion des phénomènes de la cérébrite suppurée, viendrait bientôt, mais trop tard, rectifier l'erreur du diagnostic. L'obs. LXI (*ter*) de la note précédente, offre un exemple de cette marche si remarquable de la maladie. A. N. G., *trad.*

sement du cerveau. Cet état durait depuis plusieurs jours; il se termina favorablement.

II. Ces maladies peuvent être le résultat de violences physiques, et c'est peut-être le plus souvent à cette cause qu'il faut le plus généralement les attribuer, spécialement chez les enfants. Les coups à la tête sont souvent légers, et il y a fréquemment un intervalle considérable entre le moment où ils ont été reçus et la manifestation de symptômes alarmants. J'ai rapporté dans ce chapitre deux remarquables exemples d'affections cérébrales qui ont semblé produites par cette cause, dans les observations LXIV et LXV.

III. La suppression d'évacuations habituelles est aussi une cause de ces maladies. Les exemples les plus communs de cette cause morbifique s'observent par la suppression des menstrues sur de jeunes femmes valétudinaires, chez lesquelles cette suppression est souvent suivie de dangereuses affections cérébrales. La céphalalgie, ou tout autre symptôme encéphalique survenant dans ces circonstances, doit toujours être considérée comme exigeant la plus grande attention. L'observation LVII offre un exemple intéressant de maladie cérébrale survenue de cette manière, et parcourant ses périodes avec un ensemble remarquable de symptômes.

Il semble qu'il faille aussi rapprocher des maladies qui naissent par les causes dont nous traitons, l'épanchement cérébral qui peut survenir dans les maladies des voies urinaires, et surtout dans une des plus remarquables de ces affections, l'ischurie rénale. Dans cette maladie obscure, le symptôme principal est une diminution subite de la sécrétion de l'urine allant presque jusqu'à une suppression complète de ce liquide. Ordinairement, dès le troisième jour de cette suppression, le malade tombe dans le coma, dans lequel il périt au bout de quelques jours : on trouve dans ces cas les ventricules cérébraux distendus par un liquide. Sur le sujet

de l'observation suivante, les accidents cérébraux ont succédé à une ischurie, suite d'obstruction des uretères.

Obs. LXVI. Un homme de soixante-dix ans se plaignit à moi, en février 1816, qu'il ne pouvait uriner. Il ne se plaignait d'ailleurs d'aucun autre accident : un cathéter fut introduit, et la vessie fut trouvée vide. Il resta dans cet état pendant six jours, gardant la chambre, ne se plaignant d'aucun accident. Une fois ou deux cependant, pressé de questions, il déclara ressentir un malaise dans le dos. Le septième jour, il eut une légère confusion dans les idées et de l'embarras dans la parole. Le neuvième jour, il tomba dans le coma, et périt le treizième.

A l'ouverture du cadavre, on trouva un épanchement étendu dans les ventricules du cerveau ; la vessie était vide; les deux reins étaient distendus par une accumulation d'urine. Les deux uretères étaient complètement obstrués par de gros calculs, l'un à son extrémité supérieure, et l'autre trois pouces environ au-dessous des reins.

IV. L'inflammation des parties centrales du cerveau coïncide souvent avec une maladie chronique ou scrophuleuse existant dans d'autres parties du corps : l'affection si fréquente du cerveau dans la période la plus avancée de la phthisie en est un exemple très-commun. J'ai rapporté plusieurs faits de cette espèce, et j'en ai vu en beaucoup plus grand nombre d'autres se présentant sous différentes formes. Dans un cas les accidents cérébraux commencèrent un mois avant la mort par des attaques de mutité qui ne duraient que quelques minutes, et qui s'accompagnaient de la sensation d'engourdissement et de formication au côté droit de la face. Quinze jours après la première manifestation de ces attaques, il survint de la céphalalgie et un délire léger, suivi de stupeur, qui se termina par la mort dans la quinzaine suivante. Chez un autre homme âgé de trente-deux ans, ma-

lade depuis cinq semaines, avec des accidents pulmonaires violents, le premier symptôme d'affection cérébrale fut une vision double sans aucune céphalalgie. Le malade se plaignait de dysurie, et son pouls était irrégulier.

La maladie primitive ne doit point être proprement considérée dans ces cas comme la cause véritable de l'affection cérébrale. Elle n'indique qu'une disposition à une inflammation de nature chronique ou scrophuleuse, et dans les constitutions ainsi prédisposées, la maladie cérébrale peut être déterminée par des causes qui échappent à notre observation. C'est aussi de la sorte que la maladie inflammatoire du cerveau peut se développer d'une manière connèxe avec une maladie d'un autre organe, spécialement chez les enfants d'une mauvaise santé. On a souvent, dans ces cas, trouvé le foie malade; et se fondant sur cette observation, on a souvent considéré à tort les maladies du foie comme une des causes de l'hydrocéphale. Nous pourrions en dire autant pour la présence des vers dans les intestins, et de diverses autres affections du tube digestif, qui accompagnent souvent l'hydrocéphale chez les enfants valétudinaires, et que l'on a considérées comme ayant avec cette dernière affection un rapport de causalité.

Plusieurs des affections intestinales les plus aiguës semblent cependant mériter beaucoup d'attention, encore que leur connexion avec les maladies cérébrales soit très-obscure. Dans quelques-unes de ces phlegmasies, la connexion ne dépend peut-être d'autre chose que de l'état de stimulation fébrile générale de tout le système; mais dans d'autres cas elle semble résulter d'un rapport spécial. On trouve les exemples les plus remarquables de cette dernière connexion dans l'inflammation de la membrane muqueuse intestinale, qui survient chez les enfants de huit à douze mois. Cette affection se termine fréquemment par le coma, et le coma est souvent précédé par une diminution remarquable de la sé-

crétion urinaire. J'ai déjà dit que je conjecturais que le rapport de cette maladie intestinale avec l'inflammation cérébrale offrait de l'analogie avec celui que celle-ci présente avec l'ischurie rénale ; mais peut-être ce rapport est-il également obscur pour l'une et pour l'autre espèce de maladie.

A l'ouverture du corps des enfants morts d'hydrocéphale, nous avons souvent trouvé une intus-susception des intestins, qui existe ordinairement en plusieurs points. J'ai plusieurs fois constaté six ou sept de ces invaginations ; une fois même j'en ai rencontré quatorze. Ces invaginations semblent en général tout-à-fait récentes ; car les parties qu'elles affectent ne sont ni enflammées ni épaissies : dans les cas qui se sont offerts à mon observation, il n'existait point de constipation extraordinaire. Il est très-probable que cette affection est récente et accidentelle, ou peut-être dépend-elle d'une inversion ou d'un changement dans le mouvement péristaltique des intestins. L'affection cérébrale peut en être la cause, de la même manière que nous voyons des vomissements survenir sous son influence. Dans quelques cas, néanmoins, l'intus-susception paraît exister depuis un temps plus long, et avoir précédé l'affection cérébrale. Une petite fille de six ans, dont a parlé le docteur Coindet dans son *Mémoire sur l'hydrencéphale*, fut prise de douleurs violentes dans l'abdomen, avec vomissements et constipation : des symptômes cérébraux se manifestèrent le cinquième jour, et elle mourut le douzième. On trouva un épanchement considérable dans le cerveau, et une intus-susception fort étendue de l'iléon. Six à sept pouces de l'intestin compris dans cette invagination, étaient enflammés et tuméfiés.

V. Il est encore différentes autres causes qui peuvent produire les inflammations cérébrales : telles sont les affections morales, l'usage des liqueurs stimulantes, etc. ; mais je n'entrerai dans aucun détail sur ces causes : je ne parle-

rai spécialement que d'une seule qui se présente fréquemment à l'observation, et qui détermine des phénomènes particuliers : c'est de l'exposition à l'ardeur du soleil qu'il est question. Il semble que dans des cas de cette espèce les membranes sont particulièrement affectées, et que dans d'autres circonstances c'est la substance du cerveau qui est le siége de la maladie. Cette cause produit quelquefois un état apoplectique qui devient fatal en peu d'heures; mais elle détermine plus fréquemment une maladie de nature inflammatoire qui prend parfois le caractère de la manie : d'autres fois, des symptômes paralytiques surviennent dès le début de la maladie, et sont suivis de la manifestation du coma. C'est ordinairement dans les climats chauds que cette maladie s'observe; cependant elle se montre aussi ailleurs, comme cela est arrivé chez le sujet de l'observation suivante, que je dois à M. Clarkson, chirurgien à Selkirk.

Obs. LXVII. Un jeune homme de quinze ans s'était baigné deux fois, le 5 juin 1818, dans la rivière de Tweed. Après le deuxième bain il se coucha sur le rivage, et s'y endormit sans chapeau, exposé à l'ardeur du soleil. Il se réveilla privé de la parole; cependant il rentra chez lui, et sembla du reste jouir d'une bonne santé. Il fut saigné et purgé : le lendemain il recouvra la parole, qu'il perdit encore plusieurs fois par intervalles dans les trois ou quatre jours suivants. Il était distrait et il avait l'air pesant et hébêté : il ne se plaignait que peu; mais lorsqu'on le pressait de questions, il disait qu'il ressentait une douleur gravative à la partie postérieure de la tête. Quelques jours après il eut du strabisme et une double vision, avec une constipation considérable : son pouls donnait soixante pulsations. Après qu'il eut été saigné de nouveau, et qu'on eut employé des moyens analogues, son pouls s'éleva à quatre-vingt-six pulsations; mais il tomba bientôt dans le coma, et il périt le 30 juin.

Ouverture du cadavre. — La substance cérébrale était en général très-injectée; elle était, dans une très-grande étendue, dans un état de ramollissement combiné avec de la suppuration. Les ventricules étaient distendus par de la sérosité, et les membranes étaient fort épaissies en plusieurs points; la surface interne du crâne était très-inégale à sa partie supérieure, et dans un point du diamètre d'un demi-shelling, l'os était transparent et aussi mince qu'une feuille de papier à écrire.

SECTION VIII.

DU TRAITEMENT DES INFLAMMATIONS ENCÉPHALIQUES [1].

Les moyens de traitement des inflammations cérébrales sont peu nombreux et fort simples ; mais tout dépend dans leur emploi d'y avoir recours à la première période, et de la manière la plus énergique. Les moyens qui m'inspirent le plus de confiance sont les saignées générales et locales, les purgatifs actifs et les applications froides sur la tête : on obtient aussi de l'avantage des antimoniaux, et dans quelques cas, de l'usage de la digitale. L'effet des vésicatoires dans les premières périodes de la maladie est équivoque. Lorsqu'on y a recours, on peut les appliquer sur la partie postérieure de la tête ou du col. Appliqués en ces lieux, on en retire probablement plus d'avantage que lorsqu'on les applique sur la partie supérieure de la tête; ils ne sont point alors incompatibles avec l'emploi d'un remède plus puissant, l'application du froid. Lorsque la première activité du mal a été vaincue, des vésicatoires successivement appliqués sur les différentes parties de la tête et à la partie su-

[1] Il faut remarquer que le traitement conseillé par l'auteur dans cette section, s'applique également aux phlegmasies des méninges et à celles de la pulpe cérébrale, soit du centre, soit de la surface des hémisphères.

A. N. G., *trad.*

périeure de l'épine, paraissent dans beaucoup de cas être extrêmement utiles.

On a beaucoup recommandé l'emploi du mercure dans cette classe de maladies cérébrales, qui se terminent par l'hydrocéphale : cependant sa réputation semble ne reposer que sur des observations bien douteuses. Dans plusieurs cas, spécialement pendant la première et la plus active période de la maladie, l'emploi du mercure fait sans discernement peut être nuisible.

Pour approprier les remèdes aux cas particuliers, il faut se régler sur l'âge et la constitution des malades, et particulièrement sur le caractère d'acuité de la maladie. Dans les cas les plus aigus et de l'espèce la plus active, il faut recourir à la saignée générale de la manière la plus décidée, tandis que, dans les affections cérébrales qui prennent un caractère plus chronique, comme quelques-uns des cas ordinaires d'hydrocéphale, la saignée a moins d'action sur la maladie, et ne peut être supportée au même degré. Dans toutes les formes de la maladie, les purgatifs actifs semblent être le remède dont on retire les résultats les plus satisfaisants. Quoiqu'il ne faille jamais négliger de recourir à la saignée dans les premières périodes de la maladie, mon expérience m'a prouvé qu'un plus grand nombre de succès ont été obtenus dans des affections cérébrales de l'apparence la plus alarmante, par l'usage des purgatifs très-violents, que par tout autre moyen de traitement. Dans le plus grand nombre de ces cas, des saignées copieuses et répétées avaient été employées sans aucun avantage apparent pour arrêter les symptômes. Le purgatif le plus convenable dans ces cas est l'huile de croton-tiglium.

De tous les moyens externes de traitement, le plus puissant est l'application du froid; elle peut se faire d'une manière continue, au moyen d'une vessie remplie de glace pilée mêlée avec une petite quantité d'eau. Il est encore un moyen

plus efficace pour appliquer le froid dans les cas de maladie très-aiguë : c'est de diriger sur la tête un courant d'eau froide d'une manière continue, pendant un temps considérable, jusqu'à ce qu'on en ait obtenu un effet puissant. Appliqué de cette dernière manière, le froid est un remède si puissant qu'il n'y faut recourir qu'avec beaucoup de circonspection. J'ai vu par ce moyen un homme très-fort amené en très-peu de minutes à un état voisin de l'asphyxie, de la plus intense excitation maniaque où il était auparavant, excitation dans laquelle ses forces étaient tellement augmentées, qu'elles surmontaient les efforts de quatre ou cinq hommes chargés de le tenir. J'ai encore constaté les effets immédiats de l'application du froid dans l'observation suivante, sur une autre forme de la maladie. Une jeune fille de cinq ans, forte et pléthorique, après une fièvre d'un jour, était accablée et privée de sommeil, lorsqu'elle tomba presque subitement dans un état de coma complet : elle était dans cet état depuis environ une heure lorsque je la vis; elle était étendue sur le dos, sans mouvement et complètement insensible ; la face était enluminée et gonflée : on la mit sur son séant, et un bassin étant placé sous son menton, un courant d'eau froide fut dirigé sur la tête. En peu de minutes, ou plutôt en quelques secondes, elle fut complétement ramenée à son état naturel ; le lendemain elle jouissait de son état de santé ordinaire. J'ai l'habitude d'avoir recours, avec les plus grands avantages, à l'emploi de ce moyen dans les convulsions des enfants. Il me paraît beaucoup plus utile dans ces cas, que le bain chaud, dont l'emploi fait sans discernement est souvent évidemment nuisible.

D'après les observations précédentes, on me considérera peut-être comme ayant attaché trop peu de prix au mercure dans le traitement de cette classe de maladies, et particulièrement dans le traitement de l'hydrocéphale : je n'ai cependant fait que d'exposer le résultat d'une grande expé-

rience. Lorsqu'on a recours de prime-abord au mercure comme remède de l'hydrocéphale, on le donne dans le but de déterminer l'absorption du fluide épanché, que l'on suppose constituer l'essence de la maladie. On le donne aussi pour corriger la sécrétion biliaire et les fonctions des organes digestifs, qui, suivant certaines doctrines modernes, sont affectés d'une manière prédominante dans presque toutes les classes de maladies. Dans les affections cérébrales, comme dans toute autre maladie, il est important de favoriser ces sécrétions; mais ce ne peut être de ce résultat qu'on doit attendre la guérison de l'hydrocéphale. Je dois dire, en un mot, qu'il résulte de mes observations que lorsque l'administration du mercure est utile dans les maladies cérébrales, c'est surtout en agissant comme purgatif.

J'ai vu guérir, sous l'influence du traitement que j'ai indiqué, plusieurs malades qui avaient présenté tous les symptômes ordinaires des plus dangereuses affections cérébrales, même à leur degré d'intensité le plus grand. Les cas qui se terminent ainsi heureusement ne forment, je dois en convenir, qu'une petite proportion de ceux qui s'offrent aux praticiens les plus occupés; mais ils n'en doivent pas moins servir d'encouragement à persévérer dans le traitement d'une classe de maladies que l'on est trop disposé à considérer comme désespérées lorsqu'elles ont fait quelques progrès. Voici un choix de faits qui mettent en évidence la terminaison favorable de la maladie manifestée sous différentes formes, et avec les circonstances les plus imprévues. Quelques-unes de ces observations présentent la maladie arrêtée à sa première période ou la période aiguë, tandis que d'autres sont des exemples de terminaison favorable, malgré des symptômes que l'on a considérés comme caractéristiques de la période la plus avancée, dans laquelle on regarde généralement la maladie comme incurable. En comparant ces faits avec ceux qui ont été l'objet des observations recueillies sur

des sujets qui ont succombé, et que nous avons rapportées, on verra, je pense, que je suis bien fondé à les considérer comme des exemples de cette dangereuse affection du cerveau.

Obs. LXVIII. Une fille de onze ans avait une violente céphalalgie et des vomissements avec une constipation opiniâtre. A ces symptômes succéda la dilatation des pupilles jointe à un degré de stupeur qui approchait du coma complet; le pouls donnait cent trente pulsations. La maladie durait depuis cinq à six jours : des purgatifs, des vésicatoires et le mercure porté jusqu'à la salivation, avaient été employés sans avantages; une saignée du bras amena un changement immédiat chez la malade ; la céphalalgie fut diminuée; le pouls perdit de sa fréquence ; les vomissements cessèrent : on provoqua des évacuations par l'administration des médicaments qui avaient été auparavant inutilement employés; au bout de quelques jours, cette jeune fille fut tout-à-fait rétablie.

Obs. LXIX. Une jeune fille de onze ans, mince et délicate, avait eu la scarlatine à un léger degré dans le commencement d'avril 1820. Le 16, elle était si bien rétablie qu'on lui permit de sortir de la maison. Quelques jours après elle fut prise d'une anasarque, pour laquelle elle prit quelques médecines avec de l'avantage. Vers le 26 avril, l'anasarque augmenta encore considérablement, particulièrement à la face, qui était très-gonflée. La nuit suivante, il y eut des vomissements. Le 27, elle se plaignit de céphalalgie, qui augmenta rapidement en violence ; environ quinze jours après, elle tomba dans le délire ; le pouls devint très-fréquent, et s'éleva à environ cent soixante pulsations. Aussitôt après, elle fut prise de convulsions violentes et générales, qui revinrent très-fréquemment pendant la première partie de la nuit, et qui la laissèrent dans un état de coma

profond. Le traitement consista en des saignées générales répétées, par lesquelles la malade perdit vingt-huit onces de sang; on pratiqua ensuite une saignée locale, et l'on donna des purgatifs et une solution antimoniale, etc. Vers minuit, les convulsions cessèrent, et, quelque temps après, elle sortit graduellement du coma. Le 28, au matin, il n'existait plus aucun symptôme alarmant; le pouls donnait environ cent huit pulsations. Le soir, la malade fut prise de violents symptômes de pneumonie, pour lesquels on lui tira par la lancette environ trente onces de sang dans les vingt-quatre heures. On pratiqua en outre une saignée locale, et l'on eut recours à d'autres remèdes ordinaires : quelques jours après, elle était en parfaite santé et complètement rétablie.

Obs. LXX. Un jeune homme de seize ans fut pris, dans le commencement d'octobre 1823, de toux avec violente dyspnée. Il fut largement saigné du bras avec beaucoup d'avantage. Le dixième jour, au matin, il fut considéré comme convalescent. Le soir, il eut de la céphalalgie et des vomissements. Vers le milieu de la nuit, s'étant levé pour aller à la selle, il tomba dans des convulsions générales violentes, qui revinrent six à sept fois pendant la nuit avec une telle intensité qu'une des attaques continua sans interruption pendant environ une heure. Le pouls, pendant cette nuit, varia de soixante à cent vingt pulsations. On ne put d'abord saigner le malade, à cause de la violence des convulsions; mais, vers les sept heures du matin, une large saignée fut pratiquée avec quelque difficulté : les convulsions cessèrent immédiatement après; il n'y eut pendant la journée que quelques légères attaques, que l'on arrêta en versant de l'eau froide sur la tête. Le onzième jour, il fut abattu; il eut par instants des tremblements des membres avec quelques vomissements, et une ou deux menaces de

convulsions. Le pouls était mou, et donnait encore quatre-vingts pulsations. Le malade prit des doses répétées de purgatifs actifs avec peu d'avantage. Le douzième jour, au matin, il paraissait tendre à un état de coma complet; le pouls donnait cinquante pulsations : de l'huile de croton fut administrée : elle produisit six à huit évacuations abondantes. Le malade passa une bonne nuit, et le 13 il était hors de tout accident.

Cette importante observation a été recueillie dans la pratique du docteur Huie. J'ai vu le malade avec lui depuis le milieu de la journée du onzième jour.

Obs. LXXI. Un jeune homme de vingt-un ans fut pris de confusion dans les idées avec une perte considérable de la mémoire; il se plaignit de la tête. Au bout d'un jour ou deux, il eut une double vision; les objets, qu'il voyait doubles, lui semblaient placés l'un sur l'autre. Il restait levé la plus grande partie de la journée; il ne prenait aucun repos, et ses idées étaient confuses et parfois incohérentes; il fut ensuite retenu au lit : la céphalalgie était constante; il y avait beaucoup d'incohérence et d'accablement; la double vision continuait. Le pouls, d'abord fréquent, tomba graduellement, et s'abaissa au-dessous de son rhythme naturel. Les symptômes qui se succédèrent ensuite furent exactement semblables à ceux qui ont été décrits dans les observations sur des cas terminés par la mort. A mesure que le pouls perdit de sa fréquence, le malade tomba dans un accablement de plus en plus grand jusqu'à ce qu'il arrivât à l'état de stupeur, duquel on pouvait à peine le tirer pour répondre à une question des plus simples. Cet état continua pendant huit ou dix jours, pendant lesquels il fut traité par des saignées générales et locales répétées, des applications froides, des vésicatoires, etc., sans le plus léger avantage pour arrêter les progrès du mal. La constipation était très-

opiniâtre, et de fortes doses des purgatifs les plus actifs furent données avec peu d'effet. Il semblait réduit à l'état de coma complet, et ce cas était considéré comme ne laissant plus d'espoir, lorsqu'il commença à prendre l'huile de croton à fortes doses répétées toutes les deux heures. En peu d'heures, il fut purgé très-activement neuf ou dix fois. Dès le soir, les symptômes les plus alarmants avaient disparu, et en peu de jours il fut complètement guéri.

Obs. LXXII. Une petite fille de deux ans et trois mois, très-forte et de bonne santé, venait d'avoir la rougeole lorsque, vers le 7 juillet 1821, elle perdit subitement le mouvement des extrémités inférieures. Elle resta sans aucun soulagement, mais sans autre symptôme plus grave jusqu'au commencement d'août; elle fut prise alors de strabisme et d'assoupissement; elle avait l'air stupide. Le 7, elle fut prise de fièvre intense, de vomissements violents, et de convulsions légères et souvent renouvelées; la face était colorée, et le pouls fort et fréquent. Le docteur Begbie la traita par la saignée et les purgatifs, et le 8, elle était considérablement soulagée. Cependant le 9, les accidents reparurent; elle tomba dans une stupeur qui approchait du coma. La respiration était gênée et les pupilles étaient dilatées. Le strabisme et la paralysie complète des extrémités inférieures continuaient. On revint à la saignée locale par les sangsues, et aux purgatifs actifs suivis de l'application d'un vésicatoire à la nuque. Les symptômes les plus graves disparurent rapidement par ces moyens de traitement; la paralysie des extrémités inférieures diminua graduellement; elle fut entièrement rétablie au bout d'environ trois semaines.

Obs. LXXIII. Une dame de quarante-cinq ans fut prise quatre mois après la cessation de ses menstrues, de céphalalgie avec sentiment de pesanteur à la tête, beaucoup d'accablement et double vision. Le pouls, qui était d'abord à

soixante-douze pulsations, s'éleva aussitôt à cent. Le premier jour, on lui tira vingt-huit onces de sang avec peu de soulagement. Le lendemain, on eut recours à une saignée locale, à un vésicatoire et à un purgatif violent; mais les symptômes persistèrent avec le même degré d'intensité. Le troisième jour, une saignée de vingt onces amena un changement en bien dans la marche de la maladie, qui se termina favorablement, au bout de quelques jours, après un purgatif actif et une diète sévère : le symptôme qui céda le dernier fut la double vision; cet accident ne subsista qu'à un faible degré; les deux images que voyait la malade se rapprochèrent graduellement l'une de l'autre. Ce dernier phénomène morbide ne cessa entièrement qu'environ quinze jours après.

Obs. LXXIV. Une petite fille de sept ans fut atteinte d'une violente céphalalgie, avec impossibilité de supporter la lumière; elle avait de la fièvre et un léger délire. A ces premiers accidents succéda la stupeur, le strabisme et une constipation opiniâtre. La langue, qui était d'abord saburrhale, devint nette au bout d'un jour ou deux. On eut recours aux saignées locales, aux vésicatoires et aux différents purgatifs actifs, qui produisirent peu d'effet. Les accidents persistèrent sans diminuer pendant une semaine, durant laquelle la malade fut considérée comme atteinte d'une hydrocéphale qui ne laissait aucun espoir de guérison. A la fin de cette semaine, on obtint une violente purgation qui amena un rapide rétablissement, et en peu de jours la malade fut entièrement guérie.

Obs. LXXV. Une jeune fille de onze ans, appartenant à une famille dont plusieurs membres étaient morts d'hydrocéphale, fut prise, le 21 septembre 1817, de céphalalgie intense, avec étourdissements et vomissements abondants; le pouls était naturel. Le 22, les accidents avaient diminué

après une saignée locale et l'administration d'un purgatif. Le 23, la céphalalgie existait encore, et le pouls était descendu à soixante pulsations. Le 24, le pouls s'était abaissé à cinquante : il y avait beaucoup de céphalalgie, avec un grand accablement qui approchait du coma, et de la dilatation dans les pupilles. Deux saignées du bras furent pratiquées avec beaucoup de soulagement; la deuxième produisit une syncope. Le 25, le pouls était de quatre-vingts à quatre-vingt-dix pulsations, et tous les accidents avaient diminué. La maladie cessa enfin complètement par l'usage des purgatifs et par l'application du froid. Au bout de cinq à six jours, cette jeune fille était dans l'état de santé ordinaire.

Obs. LXXVI. Une jeune fille de quinze ans avait, depuis plusieurs jours, une violente céphalalgie, avec difficulté à supporter la lumière et des accès passagers de délire. Ces accidents furent suivis de strabisme, de double vision et de stupeur voisine du coma; la constipation était opiniâtre, et il y avait par instants des vomissements. Le pouls était très-variable : il était quelquefois extrêmement fréquent, et d'autres fois à peine au-dessus de sa fréquence naturelle. Il survenait de violentes exacerbations paroxistiques, des douleurs qui déterminaient des cris, une vive agitation de tout le corps, et par instants des menaces de convulsions. Cette maladie très-intense fut traitée par des saignées générales et locales répétées, par des vésicatoires, des purgatifs et du mercure administré de manière à provoquer la salivation. Ce traitement fut suivi d'heureux effets; mais ce mieux cessa par un retour subit des accidents, qui se reproduisirent avec la même violence qu'auparavant, et qui furent encore traités par les mêmes remèdes. Il y eut ainsi cinq à six rechutes; à la fin cependant le rétablissement fut complet après plusieurs semaines de maladie.

Obs. LXXVII. Une demoiselle de vingt et un ans avait,

en juillet 1815, les symptômes d'une fièvre continue qui durait depuis trois semaines, lorsque le pouls tomba à quatre-vingt-quatre pulsations, et que la langue se nettoya; mais il survint une céphalalgie violente et des accès passagers de délire, avec une stupeur qui approchait du coma : le pouls reprit sa fréquence, et s'éleva à cent vingt pulsations. La malade resta dans cet état pendant quinze jours, avec toutes les apparences d'une affection cérébrale des plus graves, et sans éprouver aucun soulagement du traitement auquel on eut recours, qui consista particulièrement dans des saignées locales répétées, des vésicatoires et de larges doses de calomélas. Ce dernier remède n'eut aucune action sur la bouche, et peu d'effet sur le tube digestif. A la fin de la quinzaine, elle fut prise subitement d'une évacuation copieuse de sang par les selles, qui continua trois jours, et qui la laissa extrêmement pâle et épuisée; mais elle n'avait plus de stupeur, et la céphalalgie était considérablement diminuée : au bout de cinq à six jours, le rétablissement était complet.

Obs. LXXVIII. Un jeune homme de dix-sept ans était atteint, le 1er février 1810, des symptômes d'une fièvre continue qui durait depuis une semaine. La peau devint alors fraîche et la langue nette; mais il eut une céphalalgie violente avec une stupeur considérable; le pouls donnait cent pulsations : on eut d'abord recours à la saignée générale, après laquelle on en vint aux purgatifs et aux frictions mercurielles. Au bout de quelques jours, les accidents furent diminués; mais il y avait encore beaucoup de céphalalgie et d'accablement, avec une lenteur remarquable dans la prononciation. Le 14, la stupeur fit des progrès; le pouls s'éleva à quatre-vingt-six pulsations; la langue était nette et la peau fraîche. Le 16, il tenait des propos incohérents, et il était dans un délire violent, après lequel la stupeur aug-

menta de nouveau, le pouls restant à quatre-vingt-quatre pulsations. Le 19, il y eut un soulagement incomplet après une forte purgation ; mais le 20, la stupeur reparut au même degré, et le 22 elle fit des progrès jusqu'à devenir un coma complet ; le pouls donnait environ cent pulsations : le malade resta dans le coma complet pendant quatre jours, durant lesquels on donna avec difficulté différents purgatifs qui n'eurent que peu d'action sur le tube intestinal. Le 27, un purgatif détermina enfin quatorze évacuations dans la journée, et amena un soulagement complet de tous les accidents. Le 28, il y eut du délire qui dura encore un deuxième jour. Ce jeune homme continua pendant une semaine à ressentir de la céphalalgie et de la pesanteur à la tête ; mais le 10 mars il était entièrement guéri.

Note du Traducteur sur le traitement des inflammations encéphaliques.

Plusieurs des moyens de traitement mis en usage contre les inflammations encéphaliques, méritent d'être bien étudiés dans leur mode d'action, pour être rationnellement et utilement employés. De ces moyens, deux méritent une grande attention, parce qu'ils sont très-puissants, et que leur administration présente de grandes difficultés dans la pratique : c'est de l'application du froid et de l'administration des évacuants du tube digestif qu'il est question. Je me propose, après quelques remarques sur ces moyens, de parler dans cette note d'un mode de traitement que l'on peut, sous bien des rapports, considérer encore comme nouveau : le traitement par l'administration du tartre stibié à haute dose ; j'insisterai ensuite sur l'utilité des dérivatifs actifs dans cette maladie. Je me propose enfin de montrer, par une observation, qu'il ne faut pas trop se hâter de porter, dans les phlegmasies cérébrales, un prognostic défavorable, parce qu'il n'est pas rare de voir se terminer heureusement des cas dans lesquels tout espoir de guérison paraissait absolument perdu.

§. I. M. Abercombrie ne recommande l'application du froid dans les affections cérébrales, que sur une seule partie du corps. Ce moyen local est très-souvent d'une grande utilité ; cependant on peut le rendre beaucoup plus actif, et, à certains égards, en obtenir des effets différents, en opérant la soustraction du calorique sur toute la surface du corps.

L'application du froid sur la tête n'est utile et ne peut être sans danger qu'après que l'on a calmé, par des saignées, la violence des accidents in-

flammatoires ; car il est toujours à craindre que la réaction consécutive ne soit la cause d'une exarcerbation qui annulle les avantages que l'on se promettait de l'effet sédatif du médicament. Lorsque l'on agit sur toute la peau, la soustraction générale du calorique est bien plus difficilement suivie de réaction nuisible que la sédation locale, effet du froid appliqué à une seule partie ; ce serait cependant commettre une faute grave, que de ne pas tempérer d'abord et préalablement le système circulatoire par des déplétions sanguines. Quant à l'application générale du froid, le moyen de l'opérer consiste à faire passer sur toute la surface du corps de l'eau fraîche à une température d'autant plus basse que l'on veut soustraire une plus grande quantité de calorique. On mesure sur les forces du malade la température de l'eau et la durée de l'affusion : en portant trop loin la sédation, on amènerait un dangereux collapsus ; en n'allant pas assez loin, on aurait une réaction trop forte qui ajouterait à la maladie. Il vaut mieux cependant courir les risques de ce dernier inconvénient que de s'exposer à amener un collapsus trop grand et difficilement réparable, en prolongeant trop, ou en portant trop loin la soustraction du calorique. Les affusions à 16 ou 18 degrés pendant cinq ou six minutes n'exposent point à cet inconvénient, et sont presque toujours suffisantes. L'eau à cette température passant rapidement sur le corps, à la surface duquel on la fait ruisseler en grande quantité, sans opérer aucune percussion, suffit pour enlever une grande masse de calorique. Il est cependant quelquefois utile, pour avoir un effet encore plus marqué, de diminuer la température de l'eau ; mais il me paraît inutile de descendre au-dessous de 10 à 12 degrés.

Obs. LXXVIII (*bis*). Un horloger âgé de vingt-quatre ans, très-fort, tomba malade le 17 mai 1829 ; il éprouvait une céphalalgie très-intense ; et une sensation continue de pesanteur et de chaleur à la tête ; la fièvre était du reste modérée. Le 18, la fièvre avait augmenté considérablement ; la peau était chaude ; la langue était rouge ; le ventre un peu tendu et douloureux à la pression ; l'anxiété était telle que le malade ne pouvait rester en repos dans son lit. La soif était modérée, mais la céphalalgie était intolérable. Une saignée de seize onces donna un sang riche et couenneux. La nuit suivante il survint du délire. Le 19, les yeux étaient fixes et la face enluminée ; le délire était continu tant qu'on ne fixait pas l'attention du malade ; le pouls donnait cent vingt pulsations, il était peu résistant ; l'anxiété extrême. Une saignée de neuf onces fut faite le matin sans aucun avantage ; le pouls sembla devenir plus fréquent et le délire plus intense. Cet état continua toute la nuit suivante. Le 20, la face portait l'empreinte de la stupeur ; le pouls était à cent vingt-cinq pulsations ; la peau était chaude et sèche ; parole brève, loquacité et délire quand on ne fixe pas l'attention du malade ; langue sèche, ventre légèrement tendu. Une affusion générale à 16 degrés pendant cinq minutes amena une diminution immédiate du pouls, qui tomba à cent pulsations ; le malade resta dans un état de collapsus, avec fraîcheur de la peau, pen-

dant une heure, après laquelle il y eut une vive réaction; le délire et la céphalalgie, qui avaient disparu immédiatement après l'affusion, reparurent et furent violents; la peau devint chaude et sèche et la face enluminée. Une saignée de huit onces fut faite dans la journée, et de la glace fut appliquée sur la tête pendant une heure. La céphalalgie diminua; cependant il restait de la pesanteur à la tête; le malade éprouvait un sentiment général de chaleur à la peau, et de malaise qui l'empêchait de rester en place dans son lit; il y avait une propension générale au sommeil et de la rêvasserie; le pouls, assez facilement dépressible, donnait le soir cent dix pulsations. Une affusion à 12 degrés pendant cinq minutes fut administrée. Le pouls tomba immédiatement à soixante-cinq pulsations; la peau devint fraîche; le malade reprit toutes ses facultés; il éprouvait un sentiment de bien-être. Le pouls ne reprit de la fréquence que deux heures et demie après; il s'éleva lentement et en restant souple jusqu'à quatre-vingt-huit pulsations; la peau devint chaude et halitueuse; la tête n'était plus que le siége d'une pesanteur tolérable. Des sinapismes furent promenés sur les extrémités, il y eut dans la nuit du sommeil calme et une diaphorèse bienfaisante. Le lendemain il n'existait plus d'accidents cérébraux; la convalescence fut courte et facile.

Obs. LXXVIII (*ter*). Le 2 août 1829, je fus appelé par le docteur Lévêque-Lasource en consultation pour voir une jeune fille de dix-sept ans, malade depuis dix jours. Cette jeune fille était dans un état de stupeur voisin du coma; la face était pâle; les pommettes étaient très-colorées et les yeux fixes : la tête était renversée par une contraction assez faible des muscles postérieurs du cou; la langue était sèche; il n'y avait pas de connaissance. La malade ne tenait que des propos décousus. Cette affection avait débuté par une céphalalgie intense, avec une forte agitation et des vomissements répétés; un délire assez violent s'était ensuite manifesté. Des saignées générales et locales avaient été pratiquées, on avait purgé pendant trois jours assez vivement avec du calomélas le premier jour, et de l'huile de ricin les deux jours suivants; un vésicatoire avait été appliqué à la nuque. Tous ces moyens n'avaient pu arrêter les progrès du mal. Le pouls était mou; il donnait cent dix pulsations; la peau était très-chaude. Nous fîmes administrer une affusion à 12 degrés pendant trois minutes, qui fut réitérée deux fois dans la journée. Le soir le pouls était à quatre-vingt-dix-huit pulsations; la peau moins chaude et moins aride; la tête n'était plus renversée, et la malade paraissait reconnaître ceux qui l'entouraient; elle était attentive aux questions qu'on lui faisait, et cependant elle ne répondait pas. La connaissance revint entièrement dans la nuit. Le lendemain, la peau était chaude et encore sèche; la malade se plaignait de céphalalgie frontale. Une affusion à 16 degrés, prolongée pendant huit minutes, qui fut réitirée au milieu de la journée, détermina la cessation complète des accidents.

Les remarques qui ont précédé ces faits s'appliquent plus directement

encore à l'emploi continu des topiques froids sur la tête, dans les maladies encéphaliques. Il est peu de moyens dont on ait plus abusé, surtout en France, depuis quelques années : tous les malades affectés de céphalalgie de quelque intensité, et, à plus forte raison, ceux qui présentaient des symptômes non équivoques de phlegmasie encéphalique, étaient soumis par un grand nombre de médecins à l'action continue de la glace sur la tête. Je suis convaincu, par tous les faits que j'ai pu observer, qu'il n'est guère de moyen plus dangereux et plus difficile à mettre en usage avec utilité pour les malades.

L'action de la glace sur la tête produit immédiatement un sentiment de froid, qui soulage d'abord les malades en faisant cesser la chaleur ardente qu'ils ressentent à la tête; mais ce soulagement est ordinairement de peu de durée; il ne tarde pas à être suivi d'un sentiment d'engourdissement et de froid dans la tête, qui est quelquefois porté au point que les malades demandent à grand cris que la glace leur soit ôtée. Dès que ce sentiment d'engourdissement sur la tête commence à se faire sentir, le pouls diminue de fréquence et de force, et la température, non pas de la tête seulement, mais de toute la peau du corps, s'abaisse. Si l'on insiste sur l'application de la glace, le malade ne tarde pas à devenir insensible à la vive douleur qu'il ressentait à la tête; il tombe dans un véritable état de collapsus dans lequel le pouls est serré, petit et ordinairement très-fréquent; la respiration devient lente et anxieuse, les lèvres se décolorent, les mouvements des membres sont faibles et lents. Le médicament topique a alors produit un effet ordinairement fâcheux et souvent funeste. La réaction ne peut plus s'obtenir qu'avec une très-grande difficulté et à force de frictions et de topiques stimulants et excitants sur les extrémités.

Porter l'action des topiques froids sur la tête à ce degré, est toujours une grande imprudence; les médecins sages, quand ils ont recours à ce moyen, n'en continuent l'action que pendant un temps assez court déterminé par l'état des forces, et surtout par la facilité et la rapidité de la réaction; on est toujours à même de revenir au topique sédatif, lorsque la réaction tend à ramener vers la tête un mouvement fluxionnaire intense qui peut avoir pour effet d'exaspérer la maladie, ou même de lui rendre l'intensité que les effets immédiats des topiques froids ont fait fléchir.

L'application de la glace sur la tête ne convient en général que dans les premières périodes de l'inflammation, lorsque la maladie débute avec vivacité, et s'accompagne d'un mouvement fluxionnaire intense vers la tête. Il est en général indiqué de faire précéder cette application par des émissions sanguines générales et locales : mais ces émissions doivent être pratiquées avec une grande réserve, si l'on ne veut s'exposer à favoriser ce développement du collapsus, si fréquent après l'application du froid, par l'impossibilité d'une réaction suffisante quand le sujet a été trop affaibli par des émissions sanguines antérieures.

L'application des topiques froids sur la tête doit donc être nécessairement peu prolongée. Il y a toujours de l'avantage à ne la maintenir que

peu de temps, et à laisser ensuite la réaction s'opérer facilement et lentement, sauf à revenir à une nouvelle application lorsque les accidents cérébraux tendront à revenir à leur intensité première. Il m'a toujours semblé que cette manière de procéder avait des avantages plus sûrs, plus immédiats, et surtout avait beaucoup moins d'inconvénient que le mode d'application de ces topiques, qui consiste à les continuer jusqu'à ce point que la réaction ne soit plus possible que par l'application subsidiaire des irritants et des stimulants sur la peau des extrémités et du corps.

§. II. L'administration des évacuants du tube digestif dans les affections inflammatoires de l'encéphale, est indiquée dans deux cas différents. M. Abercrombie a suffisamment insisté sur la grande utilité de ce moyen employé comme dérivatif. C'est surtout dans le traitement des encéphalites des enfants qu'on en retire de grands avantages; il faut y recourir franchement, et ne pas craindre d'irriter vivement le tube digestif, dont l'irritabilité est d'ailleurs si faible dans ces cas, qu'il est très-difficile de la mettre vivement en jeu par des drastiques violents, quand la maladie est arrivée à une certaine intensité.

La deuxième circonstance dans laquelle les évacuants doivent être employés dans les encéphalites, et sur laquelle je dois insister, consiste dans la présence de l'état saburrhal; l'on n'obtient dans ces cas de soulagement direct et rapide de l'état morbide du cerveau, qu'en agissant sur les premières voies.

Obs. LXXVIII (*quater*). Un domestique âgé de dix-neuf ans, d'une assez forte constitution, avait eu la fièvre tierce à la campagne, dans un pays où elles sont endémiques, en juillet et août 1827. Le 15 septembre, il était à Paris depuis dix jours, et il était débarrassé de sa fièvre depuis dix-neuf. Il fut pris d'une violente céphalalgie avec envies de vomir; il eut du délire la nuit suivante. Le 16 septembre au soir, je le trouvai avec une violente céphalalgie; la face injectée; accablement allant presque jusqu'à la stupeur; pouls mou, donnant cent six pulsations; langue jaune et saburrhale; nausées; bouche très-amère; courbature générale. Je pratiquai immédiatement une saignée de dix onces, malgré la mollesse du pouls; le sang était peu riche en fibrine; il était cependant couenneux. Dans la nuit, augmentation des accidents, violente céphalalgie, délire, agitation extrême. Le 17, le délire continuait; la fièvre était très-vive; la peau était fort chaude et sèche au toucher; la langue était recouverte d'une couche épaisse de saburrhes. Je fis administrer trois grains d'émétique dans une chopine d'eau tiède donnée par tasses. La connaissance se rétablit, et le délire cessa pendant l'effet du vomitif. Le soir, le malade conservait encore une céphalalgie intense; la fièvre était modérée; il était survenu cinq vomissements. Il n'y eut point de délire dans la nuit; il se manifesta de la moiteur, et le malade put dormir pendant trois heures. Le 18, langue encore saburrhale; ventre souple; céphalalgie diminuée, mais encore intense; pouls mou, à quatre-vingts pulsations; courbature

générale. Un éméto-cathartique composé de tartre stibié, un grain, et sulfate de soude, une demi-once, fut administré; il n'y eut qu'un vomissement peu abondant, mais il survint beaucoup de selles bilieuses; la céphalalgie disparut immédiatement; la langue devint nette; il y eut du sommeil pendant presque toute la nuit suivante. Le lendemain le malade était en convalescence.

Lorsque l'état saburrhal est fort prononcé, comme il l'était chez ce malade, il ne faut pas hésiter à administrer les émétiques; on n'obtiendrait pas par les purgatifs un soulagement aussi rapide et aussi assuré. L'observation suivante prouve cependant que ces médicaments peuvent aussi être utilement employés dans ces cas.

Obs. LXXVIII (*quinquies*). Le 18 juillet 1829, je fus appelé le soir en consultation par M. le docteur Brousse auprès d'un homme de 54 ans, d'une faible constitution et donnant des craintes sur l'existence d'une phthisie. Cet homme avait été pris huit jours auparavant d'accidents abdominaux, qui avaient été combattus avec peu d'avantage par deux applications de sangsues sur l'abdomen. Depuis trois jours il était survenu une céphalalgie assez forte, avec délire. Lorsque je vis le malade, la face était pâle; le pouls mou, donnant quatre-vingt-huit pulsations; le délire était tranquille, mais continu; le ventre souple; la langue couverte d'une couche épaisse de saburrhes. Quinze sangsues furent appliquées derrière les oreilles, et l'administration de deux onces d'huile de ricin fut recommandée pour le lendemain. Le 20, appelé de nouveau auprès du malade, je le trouvai dans le même état; le délire avait même augmenté ainsi que les signes de l'état saburrhal; cependant le pouls était plus faible et ne donnait que soixante-dix pulsations; il n'y avait eu qu'une selle après l'administration de l'huile de ricin. Nous fîmes administrer une once de sulfate de soude: aucune évacuation n'en ayant été le résultat, M. Brousse fit donner le soir une demi-once de ce même sel, qui n'eut pas plus d'effet. Le 21, l'état du malade était toujours le même. Le délire ne cessait pas; le pouls était très-mou, et ne donnait que soixante-quinze à quatre-vingts pulsations. Je voulais prescrire l'émétique: la famille du malade m'a dit qu'elle l'avait vu jeté dans des accidents très-graves par l'usage de ce médicament. On dut alors recourir à l'ipécacuanha, dont on administra trente grains. Il ne survint qu'un léger vomissement, beaucoup de nausées et cinq à six selles liquides. Le lendemain le délire avait cessé; la langue était encore saburrhale; le pouls à soixante-quinze pulsations: il était mou. On revint à une once et demie de sulfate de soude: il y eut cinq ou six évacuations. Le 23, la langue était nettoyée, et le malade se sentait très-bien; la convalescence ne dura que quelques jours.

§. III. Le tartre stibié à haute dose n'a point encore été généralement adopté dans le traitement des inflammations cérébrales. Les observations suivantes prouvent cependant qu'on peut recourir avec avantage à son administration, dont on tire tant de parti pour combattre les pneumonies et les rhumatismes articulaires aigus.

Obs. LXXVIII (*sexies*). Un enfant de sept ans avait conservé une toux fréquente avec amaigrissement, et chaleur à la peau le soir, depuis une rougeole bénigne dont il avait été affecté trois mois auparavant, lorsqu'il fut pris, le 3 novembre 1829, d'une fièvre vive, avec frissons, vomissements de matières verdâtres et céphalalgie fort intense. Le 4 novembre, je trouvai cet enfant avec le pouls mou, très-fréquent (cent trente-cinq pulsations); la peau sèche, la langue humide, mais rouge sur ses bords; les yeux brillants, avec impossibilité de supporter la lumière; céphalalgie intense, vomissements réitérés de matières verdâtres; bouche amère; toux par quintes assez fréquentes; la poitrine percutée avait de la matité dans toute l'étendue de la base du poumon gauche, où l'on entendait un râle crépitant, et de la bronchophonie au sommet; point d'expectoration. Je fis appliquer huit sangsues derrière les oreilles, à cause de la vive céphalalgie qui faisait pousser des cris au malade. Le 5, la céphalalgie avait diminué, mais la fièvre avait la même intensité; le pouls avait encore perdu de sa force; il y avait eu plusieurs défaillances, et la toux était toujours fréquente. Un vésicatoire volant fut mis entre les épaules. Le 6, même état, sauf que la céphalalgie s'est reproduite avec intensité; la toux n'a pas diminué. Le soir, vomissements fréquents; délire qui continue une partie de la nuit, et oblige de faire fixer l'enfant dans son lit. Un vésicatoire est appliqué le soir à la nuque. Le 7, yeux fixes, face blême et comme terreuse; regard hébêté, respiration fort gênée. L'enfant répond juste, mais lentement, aux questions qu'on lui adresse; il porte sans cesse la main à sa tête, et se plaint de céphalalgie à la région syncipitale. Je fais ajouter dix grains de kermès à trois onces de loock blanc, à prendre par cuillerées toutes les heures. Le soir, il n'y avait aucune amélioration; il était survenu un vomissement et dix selles liquides. Je fais ajouter à la potion deux grains de tartre stibié. Le 8, il n'y a pas eu de délire dans la nuit; la stupeur a cessé, mais le pouls est toujours extrêmement fréquent; la céphalalgie continue, et le malade dit qu'il ne peut soutenir sa tête, tant elle est pesante; la toux est aussi fréquente: mais la respiration est plus libre. La dose de tartre stibié est portée à quatre grains, avec une partie égale de kermès. Le soir, toux moins pénible et moins fréquente, céphalalgie presque nulle; pouls développé et tombé à cent pulsations. Six grains de tartre stibié, sans kermès, dans trois onces d'infusion de fleurs de tilleul, avec addition d'une once de sirop de guimauve. Le 9, la tête était tout-à-fait débarrassée; la poitrine était devenue sonore; cependant on entendait encore du râle crépitant dans toute la base du poumon gauche. Le tartre stibié fut continué à la même dose, et je fis donner du bouillon au malade. Le mieux alla en croissant. Le 11, la fièvre avait cessé entièrement; le tartre stibié fut réduit à deux grains; et le 13, la poitrine ayant repris son état physiologique, le malade entra en convalescence.

Il serait difficile de trouver un enfant plus faible et présentant aussi peu d'énergie que ce petit malade.

Obs. LXXVIII (*septies*). Un charretier, dans une maison de commerce, habitué à porter des fardeaux, âgé de cinquante-quatre ans, et adonné au vin, fut pris, le soir du 20 janvier 1830, de violente céphalalgie avec fièvre intense, qui s'accompagna bientôt de délire violent. Le 21, je le trouvai dans cet état; le pouls donnait quatre-vingt-quinze pulsations; il était fort et résistant; la langue était sèche et rouge, la face colorée. Je pratiquai une saignée de dix-huit onces, qui fut suivie d'un soulagement immédiat. Le 22, il existait encore une vive céphalalgie; le pouls était assez résistant, et donnait quatre-vingt-huit pulsations; quand le malade se remuait dans son lit, il avait des défaillances. Le soir, la fièvre augmenta, le délire revint, et pendant toute la nuit, le malade était dans une sorte de typhomanie. Le 23, je le trouvai dans cet état : la langue était brune et tremblante quand le malade la sortait; les yeux fixes et brillants; il ne connaissait pas ceux qui l'entouraient; dents fuligineuses; ventre souple et indolent. L'affection cérébrale n'était pas douteuse; mais elle se liait évidemment à une fièvre typhoïde. Je prescrivis quatre grains de tartre stibié dans l'eau tiède pour provoquer le vomissement. Revenu dans le milieu de la journée, je trouvai le malade dans le même état; il avait eu une selle, mais aucun vomissement. Le pouls était plus large, et une diaphorèse modérée se montrait. Je fis administrer quatre autres grains de tartre stibié : le soir, pouls large, donnant quatre-vingt-quinze pulsations; langue plus humide; le malade reconnaît ceux qui l'entourent, et se plaint de courbature très-forte; il n'est survenu aucune évacuation. Le 24, le délire s'était reproduit dans la nuit; le malade ne cessait de causer avec des fantômes; les pupilles étaient dilatées et immobiles, défaillances continuelles, pouls à quatre vingt-six pulsations, langue sèche et brunâtre, fuliginosités abondantes sur les lèvres et les dents, ventre souple. Je conseillai l'eau vineuse pour tisane et une potion préparée avec six onces d'infusion d'arnica, une once de sirop d'éther et dix grains de tartre stibié. Le soir, plus de délire, aucune défaillance dans la journée, pouls plus résistant, langue plus humide, mais céphalalgie continuant encore; la nuit, retour d'un peu de rêvasserie. Le 25, même état que la veille au soir; les mêmes moyens furent continués; étourdissements dans la journée, tête pesante, pouls mou, à quatre-vingt-cinq pulsations, mais aucun délire. Le 26, même état que la veille : bouillon, eau vineuse et suppression de la potion stibiée. Le soir, retour de la céphalalgie, du délire et des défaillances, pouls à cent pulsations : ces accidents continuent toute la nuit. Le 27, on revient à l'administration du tartre stibié à huit grains, et dès le soir, les accidents cérébraux avaient disparu; il n'y eut dans la nuit suivante que de la rêvasserie. Le 28, l'émétique est porté à douze grains, le pouls est descendu à quatre-vingt-cinq pulsations, la langue est nette et humide, il reste de la pesanteur à la tête et des vertiges. Des hémorrhoïdes auxquelles le malade est sujet fluent abondamment, les réponses sont très-lentes, ainsi que les mouvements; il s'est manifesté des pétéchies sur la poitrine. La potion émétisée est continuée, et

ses prises sont alternées toutes les heures avec une cuillérée de sirop anti-scorbutique ; de ce moment, les forces du malade se relèvent, les accidents cérébraux ont cessé entièrement, et l'appétit se prononce ; l'eau vineuse est remplacée comme tisane par la décoction de quinquina ; la nourriture est progressivement augmentée ; la convalescence commença dans les premiers jours de février.

Il ne faut pas voir dans cette maladie une affection cérébrale simple; la lésion encéphalique n'a même été chez ce sujet que consécutive à la fièvre typhoïde essentielle; cependant il est remarquable que les accidents cérébraux ont disparu sous l'influence de l'usage de l'émétique, et se sont reproduits aussitôt qu'on l'a suspendu, pour cesser encore après qu'on y est revenu.

Obs. LXXVIII (*octies*). Une petite fille de cinq ans fut prise subitement, huit jours après une rougeole qui avait été bénigne, d'un assoupissement continu, que ses parents prirent pour de l'accablement. Le deuxième jour, cet assoupissement s'accompagna de fièvre et de vomissements. Le troisième jour, appelé pour la première fois, je trouvai cet enfant assoupi, ne paraissant pas reconnaître ceux qui l'entouraient; il poussait de temps en temps des cris aigus; les pupilles étaient très-dilatées; le pouls donnait cent trente pulsations. Cette petite malade appartenait à de pauvres ouvriers; elle était blême, mal nourrie, et portant l'empreinte d'une cachexie profonde. Je fis appliquer un vésicatoire à la nuque. Le quatrième jour, état encore plus fâcheux; convulsions des muscles de la face : strabisme, coma imminent; je fis donner par cuillerées à café toutes les demi-heures une potion de trois onces, contenant quatre grains de tartre stibié. Il ne survint qu'une évacuation alvine et quelques efforts pour vomir, mais sans résultat. Le soir, mieux manifeste; l'enfant ouvre les yeux à la lumière, et paraît fixer ceux qui l'entourent. La potion est continuée pendant la nuit, et le lendemain elle est portée à six grains; le soir, tous les accidents hydrocéphaliques avaient disparu; pouls à quatre-vingt-dix pulsations, langue nette, pupilles mobiles; l'enfant jouit de toutes ses facultés. Je fis réduire la dose de tartre stibié à quatre grains, et le lendemain à deux grains; elle fut ensuite supprimée; cependant il restait un mouvement fébrile et de la chaleur à la peau le soir; deux jours après, les accidents cérébraux se reproduisirent sous la même forme que la première fois : je revins aux mêmes moyens, mais je n'en obtins plus les mêmes avantages; la petite malade succomba le quatrième jour de cette rechute.

Le tartre stibié, dont j'avais obtenu tant d'avantage dans la première affection cérébrale de cette malade, a échoué complètement dans la récidive. Ce fait n'en prouve pas moins que l'on peut utilement recourir, dans les maladies cérébrales, au tartre stibié à haute dose. Ce remède n'empêchera sans doute pas que l'on ne perde beaucoup de malades de ces affections toujours si dangereuses; je l'ai employé sur trois autres su-

jets, deux fois avec succès, mais associé, il est vrai, avec l'application de la glace sur la tête, et les affusions : aussi ne lui attribué-je pas exclusivement les honneurs de la guérison dans ces cas. Chez le troisième sujet, il a échoué complètement, quoique l'arachnoïdite fût compliquée de pneumonie, et que cette circonstance fût une indication de plus pour recourir à l'émétique à haute dose.

Ces faits démontrent certainement que le tartre stibié à haute dose, a contribué puissamment à déterminer la résolution favorable de phlegmasies encéphaliques très-intenses. Tous les médecins savent maintenant que ce n'est pas seulement dans ces phlegmasies, que ce remède est utilement administré de cette manière. Depuis que ces faits ont été recueillis, je n'ai pas eu recours à ce mode de traitement dans des phlegmasies encéphaliques, mais j'ai souvent administré le tartre stibié, à doses variables, dans d'autres maladies, dans le but de bien apprécier l'efficacité de ce médicament. Les résultats de ces observations réitérées un grand nombre de fois, m'ont amené à reconnaître, comme évident, un fait que je n'ai pas de raisons aujourd'hui de rejeter pour les phlegmasies cérébrales, lorsqu'il est démontré pour les pneumonies et les rhumatismes articulaires, maladies qu'on a aussi combattues souvent avec grand avantage par le tartre stibié à haute dose. Ce fait consiste en ce que tous les résultats utiles de l'emploi de ce médicament, sont l'effet immédiat de la purgation assez vive et des crachats ou des vomissements qu'il produit dans les premières vingt-quatre heures de son emploi. Après cet effet obtenu, si l'administration du tartre stibié ne produit plus d'effet semblable, à quelque dose qu'on l'administre, c'est un médicament absolument inutile, et complètement inerte. D'après ces remarques, je suis arrivé à préférer, dans les cas où l'on donne, et où je donnais moi-même le tartre stibié à haute dose, administrer l'émétique en lavage, aiguisé même avec les cathartiques pour soutenir son effet pendant plusieurs jours. Le traitement des encéphalites par cette méthode que j'applique journellement à la pnemonie et au rhumathisme aigu, rentrerait tout-à-fait dans le traitement par les purgatifs conseillé par M. Abercrombie, et dont j'ai moi-même souvent reconnu l'utilité.

§. IV. L'application des dérivatifs autour de la tête, et surtout celle des vésicatoires, est employée par beaucoup de médecins dans les encéphalites, avec une très-grande timidité. Quelques-uns même les proscrivent. L'expérience m'a cependant souvent démontré l'utilité de ces moyens, et je n'ai jamais vu qu'ils aient déterminé d'accidents sérieux ; il est vrai que je me suis toujours imposé la loi de n'y recourir qu'après la période de développement de la maladie, lorsqu'elle se prolongeait et tendait à se terminer par suppuration, le coma étant déjà imminent. J'ai fait connaître ailleurs [1] les avantages que j'ai retirés de ces moyens dans les affections cé-

[1] *Monographie du Choléra-Morbus épidémique de Paris*, rédigé spécialement sur les observations cliniques de l'auteur à l'Hôtel-Dieu de Paris, 1 vol. in-8°. Paris 1832.

rébrales si graves et si rapidement mortelles, qui formaient une des terminaisons métastatiques du choléra épidémique de 1832.

Je pourrais rapporter ici plusieurs faits qui prouvent l'utilité de cette médication dans les encéphalites sporadiques, je me contenterai de rapporter un seul cas dans lequel j'ai joint, à l'action dérivative du vésicatoire sur la tête, l'action aussi énergique et souvent non moins utile du ptyalisme mercuriel, déterminé comme moyen de traitement de la phlegmasie encéphalique.

Obs. LXXVIII (*novies*). Un ouvrier bijoutier, âgé de 19 ans, de bonne constitution, fut pris subitement, le 14 juillet 1832, d'une vive céphalalgie avec lassitudes dans les membres et sentiment de courbature. Il n'avait éprouvé aucuns prodrômes, et ne s'était exposé à aucune cause appréciable de maladie. Dans la nuit suivante, la céphalalgie devint excessive, et une fièvre intense se déclara. Ces accidents persistèrent toute la journée du lendemain et la nuit suivante ; des nausées fréquentes s'y joignirent. Le 16 juillet, je trouvai ce malade dans l'état suivant : facies abattu, portant l'empreinte d'une stupeur profonde ; yeux errants dans leurs orbites, très-brillants ; le malade répond brièvement et avec une sorte d'impatience aux questions qu'on lui adresse. Il se plaint de douleurs et de pesanteur excessive de la tête : la douleur a son siége tout autour de cette partie, au niveau de la base du crâne ; la langue est nette ; la soif assez vive ; la peau très-chaude, sèche, injectée, surtout au col et à la face ; le pouls est assez plein, résistant ; les excrétions alvines sont supprimées depuis deux jours. Une saignée du bras, de dix onces, fut pratiquée et réitérée dans la soirée. Le malade fut mis à l'usage du petit-lait tenant en suspension de la pulpe de tamarin. La nuit suivante fut fort agitée ; il y eut de la rêvasserie qui ne fut pas continue. Le 16, on appliqua vingt-quatre sangsues aux tempes, et on fit des affusions fraîches de deux à trois minutes de durée sur la tête, réitérées toutes les deux heures. Le 17, l'état du malade persistait ; il n'y avait de symptôme nouveau qu'une pesanteur de tête considérable, telle que le malade ne pouvait se remuer sur son oreiller ; la chaleur de la peau était maintenant peu élevée, mais le pouls était très-fréquent. La fièvre redoublait depuis deux jours, vers les quatre heures du soir, par un frisson peu intense. *Prés.* : Petit-lait émulsionné, avec addition de deux grains de tartre stibié par litre. Le 18, l'état du malade était notablement amélioré ; la céphalalgie avait diminué ; le pouls était plus large et moins fréquent. Cette amélioration se soutint le 19 ; mais, dans la nuit suivante, le malade tomba dans un assoupissement sémi-comateux dont il sortait très-facilement ; il tenait la tête faiblement renversée, et cette partie était mue avec difficulté. Les muscles du col semblaient dans un certain degré de rigidité. (*Presc.* : Application d'un vésicatoire sur la tête préalablement rasée ; administration de vingt-quatre grains de calomélas, divisés en trois prises.) Le 21, le malade était moins assoupi ; le pouls était moins

fréquent, plus développé ; la soif était intense ; l'administration du calomélas avait produit trois évacuations. Le vésicatoire avait déterminé le soulèvement de l'épiderme, par petites phlyctènes, sur toute la tête. Le calomélas fut administré à la même dose ce jour et le lendemain. Le 23, la salivation était établie ; toute la muqueuse buccale était rouge, injectée, et présentait çà et là de petites parcelles de plaques couenneuses. L'assoupissement n'existait plus ; la céphalalgie n'était plus continue, mais se renouvelait de temps en temps avec une assez grande intensité. Le pouls donnait quatre-vingt-dix pulsations par minute ; la peau était chaude et sèche. Le calomélas n'avait déterminé la veille aucune évacuation alvine. (*Presc.* : dix-huit grains de calomélas.) Le 24, la salivation continue ; elle s'accompagne de douleurs extrêmement vives dans la bouche ; la salive s'écoule par la commissure des lèvres ; le vésicatoire du cuir chevelu est presque sec. La céphalalgie ne se manifeste plus qu'à des intervalles très-éloignés ; elle est gravative et de très-courte durée. (*Presc.* : suspendre l'administration du calomélas.) Le 25, le pouls est revenu à son rhythme naturel ; le malade a dormi paisiblement une grande partie de la nuit ; la céphalalgie ne se fait plus sentir. Dès ce jour, la convalescence a commencé, et s'est accomplie sans obstacles. Le ptyalisme a cessé progressivement.

Lorsqu'on réfléchit à l'intensité de la phlogose, dont la muqueuse buccale et les glandes salivaires sont le siége dans le ptyalisme mercuriel, on comprend aisément qu'une action organique aussi active puisse opérer sur le cerveau enflammé une dérivation salutaire. J'ai eu souvent recours à cette médication puissante dans les maladies cérébrales, dans les ophthalmies rebelles, dans des surdités anciennes dépendant de l'inflammation chronique de l'oreille moyenne et interne, etc. Ce moyen de traitement est douloureux, mais il ne détermine jamais d'accidents ; on est d'ailleurs le maître de le modérer avec beaucoup de facilité, en suspendant l'administration du calomélas, et en déterminant une légère purgation au moyen de purgatifs doux.

§. V. Il n'est guère de maladies dans lesquelles il soit permis de conserver plus long-temps l'espoir de la guérison, dans l'état le plus désespéré en apparence, que dans les maladies cérébrales. J'en citerai en preuve le fait suivant, qui fournira aussi un exemple des bons effets, dans les encéphalites, de l'application des moxas, que M. Abercrombie a passés sous silence.

Obs. LXXVIII (*decies*). Un jeune homme de dix-neuf ans, habitant le bourg des Batignoles, à une des barrières de Paris, était atteint, le 14 août 1828, d'une fièvre assez violente, qui durait depuis quatre jours, et s'accompagnait de quintes de toux très-pénibles ; il n'y avait point d'expectoration. A la percussion, la poitrine était mate et en arrière, le stéthoscope rapportait un bruit de râle crépitant. Ce jeune homme, d'une assez faible constitution, a été sujet dans son enfance à des éruptions stru-

meuses; il conserve depuis une année une surdité légère, qui s'est manifestée après une éruption abondante de furoncles et un bourdonnement continu dans les oreilles. Le docteur Regnault, qui lui donna des soins pour cette surdité, en diminua beaucoup l'intensité par plusieurs vésicatoires volants, appliqués successivement autour du cou. Deux saignées du bras, faites le 14 et le 15 août, amenèrent rapidement la diminution de la toux. Le 16, fièvre très-intense, le thorax a repris du son, et il n'y a presque plus de toux; dans la soirée, délire violent, qui se prolonge pendant toute la nuit, et qui oblige de fixer le malade dans son lit. Le 17, il a repris sa connaissance, il dit qu'il n'a aucune douleur de tête; les pupilles sont agitées de mouvements oscillatoires continus; pouls à cent vingt pulsations, ventre souple. Une saignée de dix onces fut pratiquée; elle fournit un caillot recouvert d'une couenne mince, égale en volume aux trois quarts de la masse totale du sang; il y eut encore dans la journée des instants de délire; la fièvre diminua notablement; on appliqua le soir vingt-quatre sangsues derrière les oreilles. Le 18, le malade, abandonné à lui-même, a un délire léger, dont on le tire en lui adressant la parole; il persiste à dire qu'il n'a aucune céphalalgie. (*Presc.* : dix-huit sangsues derrière les oreilles, sinapismes aux pieds ensuite, et glace sur la tête pendant l'action des sinapismes.) Le 19, il y a eu du délire pendant la nuit; il a fallu fixer le malade dans son lit. Le matin, le malade jouit de toutes ses facultés; il dit ressentir une pesanteur, une sorte d'embarras dans la tête; pouls à cent trente pulsations; la prescription de la veille est réitérée et exécutée de nouveau. Le 20, il y a du délire par instants, pouls à cent vingt-quatre pulsations, assez résistant, quoiqu'on ait abondamment tiré du sang; sensation de pesanteur dans la tête, mais aucune céphalalgie; stupeur. (*Presc.* : raser la tête et appliquer vingt sangsues au cuir chevelu des régions pariétales; affusions froides à huit degrés sur la tête, glace sur la tête ensuite; sinapismes aux pieds, et toutes les heures une cuillérée à bouche d'un loock dans lequel je fais entrer une once et demie d'huile de ricin et trois gouttes d'huile de croton tiglium.) Cinq évacuations alvines survinrent; rêvasseries toute la soirée et somnolence toute la nuit. Le 21, la somnolence continue; les pupilles sont mobiles et non dilatées; pouls à cent trente pulsations; langue nette. (*Presc.* : vésicatoires sur les régions pariétales, quatre gouttes d'huile de croton tiglium.) Le 22, coma, pouls intermittent et irrégulier; quelques soubresauts des tendons; surdité considérable. Quand on fixe fortement l'attention du malade, il sort de l'état comateux et tient des propos incohérents. Diminution générale de la sensibilité; pouls à cent trente pulsations. Il y a eu la veille huit évacuations, qui ont été rendues sans que le malade s'en soit aperçu. (*Presc.* : vésicatoires aux deux jambes.) Le 23, le coma continue; le malade est complètement insensible; il fait sans cesse le mouvement des lèvres que l'on fait en fumant. (*Presc.* : deux nouveaux vésicatoires sur la tête, un à la région coronale et l'autre à la région occipitale.) Le 24, diminution évidente du

coma ; le malade a des intervalles pendant lesquels il est éveillé, et dans lesquels il se plaint d'avoir la tête embarrassée et de ne pouvoir lier ses idées ; un instant après, il retombe dans un délire tranquille, bientôt suivi de coma. (*Presc.* : lavement purgatif avec deux onces de miel mercurial et autant d'huile de ricin ; entretenir les vésicatoires de la tête.) Le 26, le malade est dans le même état comateux ; un large moxa est appliqué derrière l'apophyse mastoïde droite. Le 27, le coma paraît plus profond ; cependant les pupilles conservent de la mobilité, et le malade semble reconnaître ceux qui l'approchent. Un deuxième moxa est appliqué derrière l'apophyse mastoïde gauche. Le 28, assoupissement évidemment diminué. Le 30, intervalles lucides, l'assoupissement continue à décroître. (*Presc.* : lavement avec une once d'huile de ricin, trois demi-tasses de bouillon de poulet.) 1er septembre, assoupissement presque nul ; on remarque qu'il entend plus facilement ; point de délire dans les intervalles du coma ; il s'est manifesté de la toux sèche et fréquente. (*Presc.* : vésicatoire à la partie interne de chaque bras.)

Le 3 septembre, il n'y avait plus de traces d'affection cérébrale, et le malade avait l'ouïe aussi fine qu'avant sa surdité, qui datait d'une année ; cependant le pouls restait à cent ou cent dix pulsations ; la faiblesse était excessive. (*Presc.* : une demi-tasse de lait d'ânesse le matin et le soir.) Le 8 septembre, le pouls reste fréquent, à cent quatre pulsations ; la langue est nette et humide ; la toux persiste ; les facultés intellectuelles sont dans toute leur intégrité ; les vésicatoires des bras et les plaies des moxas donnent une suppuration excessivement abondante. (*Presc.* : trois tasses par jour d'une infusion légère de quinquina et de polygala ; continuer le lait d'ânesse ; quatre bouillons par jour.) Le 12, la suppuration excessive des vésicatoires et des plaies des moxas continue ; le pouls, faible, donne cent six pulsations. Il s'est formé sans douleur un abcès au mollet, dont on ne s'est aperçu que lorsqu'il s'est ouvert, et qui a fourni une once de pus jaune, bien lié et de bonne nature. (*Presc.* : joindre à l'infusion de quinquina une cuillerée à café de sirop antiscorbutique par tasse ; nourrir le malade avec de la gelée de volaille.) Le 14, un nouvel abcès, dont la formation n'avait donné lieu à aucun symptôme, s'ouvre derrière le grand trokanter gauche, et donne un verre de pus de bonne nature ; la fièvre continue et est toujours vive ; langue nette, pâle et humide. (*Presc.* : ajouter aux moyens employés, l'administration de deux gros de poudre de quinquina en substance, matin et soir.) Le 15, deux nouveaux abcès se sont manifestés, l'un au-dessus de la malléole externe gauche, et l'autre au-dessus de la crête iliaque gauche. Le premier s'est ouvert spontanément ; le second est rouge, douloureux et chaud ; les vésicatoires sont secs. Le 18, le malade s'est plaint le matin d'une douleur à l'épaule gauche ; il y a un abcès à la région sus-épineuse du scapulum ; cet apostème est mou, pâle et sans rougeur à la peau. L'abcès qui était situé au-dessus de la crête iliaque gauche a été ouvert le 17, et a donné un verre de pus louable. Le marasme diminue ; le pouls perd de sa fré-

quence ; il est à quatre-vingt-dix-huit ou cent pulsations ; trois selles liquides. Le 20, l'abcès sus-scapulaire est ouvert, et contient environ quatre onces de pus de bonne qualité. Le pouls est descendu à quatre-vingt-quatorze pulsations. Le régime analeptique est continué. Le 24, le pouls est remonté à cent huit pulsations ; le ventre est légèrement tendu et chaud. Il est survenu un abcès au mollet de la jambe droite, qui a été ouvert et a donné deux cuillerées environ de pus. (*Presc.* : cataplasmes sur le ventre, eau de gomme, soupes aux fécules pour aliment.) Le 26, diarrhée abondante ; qui donne des selles liquides et comme purulentes ; douleurs sourdes dans l'abdomen ; la région iliaque gauche est douloureuse au toucher : le pouls donne cent six pulsations. (*Presc.* : emplâtre stibié sur l'abdomen. Le 28, pustules sur l'abdomen, diminution de la diarrhée ; langue humide ; appétit. (*Presc.* : deux lavements, avec cinq gouttes de laudanum de Rousseau dans chaque.) Le 4 octobre, la faiblesse est extrême ; la diarrhée persiste ; la suppuration, formée par les pustules du ventre, qui sont devenues autant de petits ulcères, est excessive ; le pouls donne quatre-vingt-seize pulsations. (*Presc.* : toutes les heures une cuillerée de la potion suivante : décoction d'une demi-once de racine de Colombo dans dix onces d'eau, jusqu'à réduction à six onces ; ajouter extrait de quinquina, deux gros, et cinquante gouttes de laudanum ; augmenter les bouillons, y ajouter des œufs, et donner du blanc de volaille rôtie.) Le 8 octobre, la diarrhée a cessé entièrement, mais il s'est formé sur les téguments de l'abdomen, à la région hypogastrique, deux abcès qui se sont ouverts spontanément par les petits ulcères qu'a produits l'application de l'émétique ; le pouls gagne en force ; le marasme diminue. Le 10 octobre, les abcès de l'abdomen se ferment ; la suppuration des petits ulcères abdominaux cesse ; la diarrhée reprend : elle cède de nouveau à l'usage de la potion avec la décoction de Colombo, à laquelle on revient ; les aliments sont progressivement augmentés. Les plaies des moxas ont suppuré jusqu'à la fin de novembre ; le malade était alors complètement rétabli, et avait pris de l'embonpoint ; le pouls n'a repris son rhythme naturel qu'au commencement de novembre.

En avril 1829, il y a eu chez ce jeune homme de la céphalalgie, avec légère surdité. Un cautère à la nuque a été établi et conservé pendant un mois ; ces accidents ont complétement cessé. J'ai vu ce jeune homme aujourd'hui 10 avril 1830 ; il a de l'embompoint et se porte très-bien ; il n'a aucun reste de céphalalgie ni de surdité.

Cette observation n'est pas seulement digne d'intérêt par la guérison remarquable d'une affection cérébrale, arrivée à la période la plus avancée, au moyen des dérivatifs énergiques placés derrière les oreilles ; elle l'est encore par l'absence de céphalalgie prononcée chez ce malade, et par les accidents généraux qui ont persisté après la guérison de la maladie cérébrale. Cette succession d'abcès, cette facilité avec laquelle des suppurations abondantes se sont établies chez ce jeune malade, sont les

caractères d'un état général qui s'observe assez fréquemment, et que j'ai décrit dans mes *Recherches sur la nature des Fièvres* et dans mon *Histoire anatomique des Inflammations*, sous le nom de *diathèse pyogénique*. Il est très-rare de voir cet état général porté aussi loin qu'il l'a été chez le sujet de cette observation. Comme l'état général, dans ce cas, suffit pour motiver les apostèmes qui se forment à l'extérieur, de même il doit suffire pour se rendre raison des phlegmasies profondes qui peuvent se manifester pendant sa durée, phlegmasies qui, si elles viennent à éclater dans ces cas, se terminent presque immédiatement par suppuration.

A. N. G., *trad.*

APPENDICE

DE LA PREMIÈRE PARTIE.

Les précédentes observations terminent l'histoire encore bien imparfaite des *inflammations encéphaliques* qui forment la première partie de cet ouvrage. Avant de commencer la deuxième partie, je vais réunir ici un petit nombre d'observations sur des affections encéphaliques qui ont une grande connexité avec celles dont il a déjà été parlé, et qui, sous le point de vue de la pratique de la médecine, sont souvent d'un grand intérêt. Ces observations seront rapportées aux titres suivants :

I. Des tubercules encéphaliques.
II. De certaines maladies des os du crâne.
III. De quelques affections du péricrâne.

SECTION Ire.

DES TUBERCULES ENCÉPHALIQUES.

Lorsque l'on a l'occasion d'examiner des tubercules dans le cerveau, encore à la première période de leur formation sur des cadavres d'individus morts d'une autre maladie, on reconnaît qu'ils se présentent sous le même aspect que lorsqu'on les trouve dans d'autres parties du corps. Ce sont, en général, des corps solides, de consistance ferme et de couleur blanchâtre, ayant un volume qui varie depuis celui d'une tête d'épingle jusqu'à celui d'une noix ou d'un petit œuf. On trouve des tubercules dans toutes les parties du cerveau, soit dans l'épaisseur de son tissu, soit gisant à sa surface, soit attachés à ses membranes. Lorsque ces tumeurs ont un volume considérable, leur tissu divisé présente la

couleur blanchâtre ordinaire, ou une matière caséeuse généralement déposée dans un kyste. Dans les cas où la maladie a été la cause de la mort, le tissu des tubercules se rapproche plus ou moins de l'état de ramollissement, ou est en partie converti en un fluide purulent de mauvaise nature.

Les tubercules cérébraux se rencontrent sur des sujets et dans des familles qui ont d'ailleurs présenté les caractères de la tendance aux maladies tuberculeuses; aussi coïncident-ils souvent avec des tubercules dans d'autres organes. On trouve un exemple remarquable de cette diathèse tuberculeuse chez le sujet de la première des observations suivantes, dont toutes les trois grandes cavités ont présenté en même temps l'affection tuberculeuse.

Les symptômes des tubercules cérébraux dans la première période de leur existence sont souvent excessivement obscurs et variables; à peine si les malades éprouvent de plus graves accidents que ceux d'une céphalalgie qui n'offre aucun caractère inquiétant, ou qui prend quelquefois l'apparence d'une céphalalgie périodique, ou de la migraine. Ces symptômes peuvent se prolonger pendant un temps très-long, sans donner aucune inquiétude, jusqu'à l'invasion subite d'accidents plus actifs qui deviennent rapidement funestes. La terminaison fatale des tubercules cérébraux paraît liée en général à un état d'inflammation de la substance cérébrale, et l'on trouve, à la dissection des cadavres, soit un épanchement considérable, soit un ramollissement étendu de la portion du cerveau dans laquelle les masses tuberculeuses principales sont situées. Il arrive aussi, et nous en avons des preuves, que des masses tuberculeuses d'un très-grand diamètre ont existé sans donner aucun signe de leur présence, jusqu'à l'invasion d'une attaque qui s'est montrée sous la forme ordinaire de l'hydrocéphale. On a des exemples de tubercules du cerveau coïn-

cidant avec les différentes inflammations encéphaliques. Les observations suivantes présentent la maladie dans sa forme la plus pure et la plus simple.

Obs. LXXIX. Une jeune fille de 15 ans tomba malade au commencement de l'année 1822. Elle se plaignait particulièrement alors de douleurs intestinales et d'anorexie; elle devenait languissante et pâle. Elle fit, avec une apparence de succès, un traitement ordinairement approprié à ces affections, par les soins de M. William Wood; mais au bout de quelque temps elle commença à avoir de la toux avec de la douleur dans la poitrine : ce ne fut qu'à cette époque que ces accidents commencèrent à fixer l'attention. Quelque temps après, elle commença à se plaindre de la tête; on eut alors recours, avec un nouvel avantage, à des saignées locales et à l'application des vésicatoires. Il se passa encore ainsi plusieurs semaines, pendant lesquelles elle se plaignait tantôt du ventre, tantôt de la poitrine, et tantôt de la tête. Les douleurs n'étaient jamais intenses dans l'une ou l'autre de ces parties; mais elle était rarement sans souffrir de l'une ou de l'autre. Le ventre, qui était d'abord plutôt relâché, fut ensuite à l'état naturel, ou était aisément tenu libre par des laxatifs doux. Lorsque je vis cette jeune malade avec M. Wood, au commencement de mars, elle était considérablement amaigrie et faible : elle gardait la chambre, mais elle restait levée et habillée pendant le jour. Le pouls était petit et fréquent; il y avait peu d'appétit, de la toux, et parfois un état de malaise dans la poitrine. La céphalalgie revenait fréquemment, et dans la soirée elle présentait la rougeur fébrile; elle ne se plaignait que peu du ventre, qui était aisément maintenu libre; les selles étaient naturelles. Il était évident que la maladie avait en même temps son siége dans les trois cavités : jusqu'au 15 mars, il fut douteux dans laquelle le mal deviendrait funeste; mais ce jour-là la

céphalalgie devint plus intense, et retint la malade au lit: les accidents cérébraux continuèrent avec leur forme ordinaire, avec la dilatation des pupilles, le strabisme et le coma : la mort arriva le 20.

Ouverture du cadavre. — Les ventricules cérébraux étaient distendus par de la sérosité; l'hémisphère droit contenait une masse tuberculeuse d'un volume considérable, en partie ramollie. Il y avait dans la substance du cervelet plusieurs masses semblables, de même nature, mais plus molles; les poumons étaient remplis d'une quantité innombrable de petits tubercules solides disséminés; l'abdomen présentait une très-grande quantité de tubercules; tous les intestins étaient agglomérés en masse, et ne formaient qu'un gâteau qui adhérait dans une grande étendue aux parois abdominales et à l'épiploon.

Obs. LXXX. Une demoiselle de dix-huit ans avait toujours joui d'une bonne santé, si ce n'est qu'elle avait eu une affection scrophuleuse du bras gauche. Au milieu de février 1822, elle commença à se plaindre de la tête; il y avait de la fièvre, de l'oppression, et la langue était saburrhale. La céphalalgie devint si intense, que le docteur Ballingall fut conduit à avoir recours, de la manière la plus active, aux saignées générales et locales. Lorsque je vis cette malade avec ce praticien, vers la fin de la première semaine de la maladie, la céphalalgie était encore fort intense, et la malade semblait fort accablée; mais elle avait toutes ses facultés. La douleur de tête était particulièrement rapportée à la nuque et au cou : elle était aggravée par les mouvements de la malade, et même par les mouvements les plus doux qu'elle faisait dans son lit. La langue était enduite d'une croûte dense et blanchâtre; le pouls était fréquent et assez faible : une nouvelle saignée locale et l'administration des purgatifs amenèrent un soulagement graduel.

A la fin de la deuxième semaine, la langue était nette; l'aspect de l'accablement et de la stupeur avait disparu : malgré cette amélioration graduelle, elle n'était pas débarrassée entièrement de sa céphalalgie, et elle ne recouvrait pas de forces. Au bout d'un intervalle de quelques jours, la céphalalgie reprit de nouveau de l'intensité; la malade tomba dans un état de langueur et d'accablement. Au bout de quelques jours de cet état, elle mourut subitement. Le matin du jour auquel elle succomba, elle semblait percevoir les impressions, et elle répondait distinctement aux questions qu'on lui adressait lorsqu'elle était éveillée. Elle périt environ cinq semaines après la première invasion du mal.

Ouverture du cadavre. — Les ventricules cérébraux étaient distendus par un épanchement considérable ; dans la substance de l'hémisphère droit il y avait une masse tuberculeuse ramollie, d'un grand volume, et un ramollissement très-avancé de la substance cérébrale environnante. Le cervelet contenait deux petites tumeurs de même nature, et il existait dans les poumons de nombreux tubercules non suppurés. L'utérus et les ovaires étaient très-malades et considérablement tuméfiés; les trompes de Fallope étaient particulièrement très-volumineuses, et distendues par une matière caséeuse, molle, de couleur jaune.

Il paraît probable que la maladie dont cette jeune fille avait été atteinte dans le milieu de février était une fièvre continue : que la maladie du cerveau avait été accélérée dans sa marche par cette fièvre, et que sa terminaison fatale avait été ainsi précipitée.

Obs. LXXXI. Un enfant de neuf ans commença à se plaindre de la tête dans le mois de janvier 1821. Cette céphalalgie revenait tous les jours, et était ordinairement accompagnée de douleurs vers l'ombilic ; l'accès durait communément d'une demi-heure à deux ou trois heures. C'était

d'abord vers les deux heures du matin que la céphalalgie se manifestait ; elle durait en général environ une heure, mais sa durée se prolongea progressivement jusqu'à trois ou quatre heures. Les accès retardèrent aussi progressivement et vinrent enfin à cinq heures de l'après-midi ; ils ne parurent pas plus tard. L'accès revenait ordinairement chaque jour, et se manifestait habituellement par des vomissements. Pendant l'accès, la douleur était si intense qu'elle le rendait incapable d'aucun exercice ; mais pendant le reste de la journée il avait toute sa gaîté, se livrait à ses jeux et ne se plaignait d'aucune douleur. Les accidents durèrent ainsi pendant six mois. Au commencement de juillet, il fut pris de fièvre et de douleurs intestinales qui le retinrent au lit ; la céphalalgie devint alors continue, et il y eut de fréquents vomissements. Quelques jours après, les vomissements cessèrent ; il continuait cependant à avoir de la fièvre avec une céphalalgie permanente considérable. A la fin du quinzième jour de l'invasion de la fièvre, il périt subitement sans coma ni aucune affection des sens.

Ouverture du cadavre. — Le cerveau ne présentait aucune lésion, et il n'y avait aucun épanchement dans les ventricules. Le lobe gauche du cervelet contenait deux tubercules du volume de grosses noisettes. Une autre tumeur semblable se trouvait entre les deux lobes. Ces tumeurs étaient denses et sphériques, et présentaient intérieurement une consistance caséeuse et une couleur jaunâtre. Il existait, dans la poitrine, des adhérences étendues ; mais la substance des poumons était assez saine. Il y avait, dans l'abdomen, de légères adhérences entre les viscères.

Obs. LXXXII. Un enfant de trois ans, appartenant à une famille dans laquelle de nombreuses maladies chroniques avaient sévi sous des formes diverses, était atteint depuis plusieurs mois d'une tumeur mobile du bras, de ca-

ractère strumeux ; il était en outre sujet à un écoulement par l'oreille gauche : il vécut d'ailleurs dans un état de santé satisfaisant jusqu'au commencement d'avril 1827 ; on remarqua à cette époque qu'il avait une grande faiblesse des extrémités dans la marche, et une incertitude dans les mouvements des bras lorsqu'il voulait saisir quelque objet. Il manifesta dès-lors de la répugnance pour marcher ; mais il ne se présenta aucun autre symptôme jusqu'au milieu de mai, qu'il commença à se plaindre de douleurs à la partie postérieure de la tête, et spécialement dans le côté gauche derrière l'oreille. De ce moment il devint de mauvaise humeur, et il resta au lit avec de la fièvre ; au bout de trois jours de la manifestation de ces symptômes, il commença à avoir du strabisme, et il fut pris presque en même temps d'attaques convulsives qui se reproduisaient en général trois ou quatre fois par jour. Ces convulsions occupaient d'abord tout le corps, mais elles furent ensuite confinées au côté droit; elles s'accompagnèrent de distorsion des yeux et d'un degré de stupeur, qui était cependant de courte durée. Le pouls battait environ cent vingt fois par minute. Il vécut dans cet état pendant douze jours, sans aucun changement dans les symptômes, si ce n'est que, quelques jours avant la mort, les pupilles furent dilatées et insensibles. Il ne tomba dans le coma que le dernier jour de sa vie; il conserva jusque là l'intégrité de toutes ses fonctions de relation; il ne cessa de prendre sans hésiter les aliments qu'on lui présentait. J'ai vu ce malade avec le docteur Macfarlane. On a eu recours sans succès à tous les moyens de traitement ordinaires.

Ouverture du cadavre. — Il existait un épanchement considérable dans les ventricules; le cerveau était d'ailleurs sain. Deux tubercules du volume de grosses noix se trouvaient à la partie postérieure du cervelet; il y en avait un dans chaque lobe ; ils étaient complétement enveloppés

dans la substance du cervelet. Extérieurement, ces tubercules étaient denses et de couleur jaunâtre; intérieurement, ils offraient l'apparence ordinaire d'une suppuration de mauvaise nature. La substance du cervelet était ramollie dans une grande étendue. Il y avait un épanchement considérable dans le canal rachidien, tant entre les os et la dure-mère spinale qu'entre cette membrane et l'arachnoïde. La substance de la moelle paraissait plus molle que dans l'état naturel, particulièrement à sa partie supérieure. C'est même ce ramollissement qui avait conduit à ouvrir le canal rachidien.

[1] [Je puis encore ajouter un fait remarquable sur les tubercules du cervelet. Ce fait est un exemple des plus directs des rémissions qui se montrent quelquefois dans la marche des symptômes de cette espèce de maladie et du caractère périodique que cette affection prend dans quelques cas.

Obs. LXXXIII. Un homme de 34 ans commença à ressentir pour la première fois, en 1825, des attaques de céphalalgie, ordinairement accompagnées de vertiges et d'obscurcissement de la vue. En 1827, la douleur devint plus intense; le malade la rapportait distinctement à l'occiput et à la partie supérieure du col. La douleur avait généralement des rémissions pendant le jour, et des exacerbations le soir. Dans le printemps de 1828, les symptômes augmentèrent d'intensité, mais ils furent beaucoup soulagés par les vésicatoires. L'été suivant, le malade alla à la campagne; sa santé générale s'y améliora beaucoup, et la céphalalgie devint beaucoup moins intense. Cette amélioration dura jusqu'au mois de mai 1829; alors les attaques de céphalalgie s'aggravèrent de nouveau, et s'accompagnèrent d'étour-

[1] Tout ce qui se trouve compris entre ces [ ] a été fourni en manuscrit par l'auteur, et ne paraîtra en anglais que dans la 3e édition.

dissements; il arriva même une fois que le malade tomba de son siége. Au mois d'octobre, il commença à se plaindre d'une sensation extrêmement pénible de battements qu'il rapportait à la partie postérieure de la tête; il fut aussi affecté de vomissements qui persistèrent sans interruption pendant trois mois. Les paroxismes de céphalalgie s'aggravèrent alors au point d'arriver au plus haut degré de violence; ces paroxismes se reproduisaient particulièrement le soir sur les six heures, et duraient jusqu'au milieu de la nuit; ils revenaient aussi par occasion, dans la journée. Dans ces vives attaques, la face était injectée, les vaisseaux des tempes étaient remarquablement gonflés; il tombait presque dans un état de perte de connaissance, privé de la parole, et ayant les mains et les bras spasmodiquement contractés. Il avait encore, par fois, des vomissements et des aigreurs très-prononcées dans l'estomac; il voyait quelquefois les objets doubles; le pouls était en général naturel. L'état du malade était alors considéré comme désespéré, et l'on n'avait obtenu aucun avantage de tous les moyens de traitement. Cependant, au bout de cinq à six semaines de durée des plus vives souffrances, les symptômes perdirent leur intensité, et pendant une grande partie de décembre et de janvier, il resta presque tout-à-fait exempt de céphalalgie; il pouvait sortir, et sa santé générale était beaucoup améliorée. En février 1830, la douleur reprit de nouveau de l'intensité, mais elle était alors principalement sus-orbitaire; les rémissions étaient plus complètes, et les douleurs étaient moins vives qu'elles ne l'avaient été dans l'attaque de novembre. Au mois de mars, la céphalalgie diminua de nouveau; le malade devint capable de prendre de l'exercice en plein air, et de vaquer à ses affaires. Cet homme eut encore par fois des attaques de céphalalgie, mais elles ne furent pas intenses; on le considérait comme dans un état de santé beaucoup meilleur que celui où il était depuis long-temps.

Au milieu d'avril, les paroxysmes de céphalalgie devinrent plus intenses, mais ils n'atteignirent pas le même degré de violence qu'ils avaient eu autrefois. Ce malade n'était pas confiné chez lui, et n'avait aucune inquiétude sur son état, lorsque, le 24 avril, il expira subitement, au milieu d'un de ses paroxysmes ordinaires de céphalalgie.

Ouverture du cadavre. — Les ventricules cérébraux contenaient trois ou quatre onces de fluide limpide, mais les parties environnantes étaient saines. Dans la substance du lobe gauche du cervelet, se trouvait une tumeur de la forme et du volûme d'une petite noix, cette tumeur était extrêmement dure, et présentait toutes les apparences d'un tubercule scrophuleux; à l'intérieur, elle était ramollie, ayant l'aspect ordinaire du produit de mauvaise nature de la suppuration scrophuleuse. La substance du cervelet était saine. On ne trouvait dans la tête aucune autre trace de maladie. Les autres viscères du corps étaient sains.]

L'observation suivante, que je dois au docteur Combe de Leith, n'est pas seulement intéressante comme offrant un exemple de tubercules cérébraux, elle l'est encore par la coïncidence singulière de deux formes de paralysie occupant les côtés opposés de la face; l'une produite par la division de la portion dure du nerf de la septième paire, et l'autre déterminée par la maladie du cerveau.

Obs. LXXXIV. Un homme de trente-six ans avait une tumeur derrière l'angle gauche de la mâchoire. Cette tumeur fut extirpée environ une année avant sa mort. Immédiatement après l'opération, le côté gauche de la face fut frappé de paralysie, par suite de laquelle la bouche était tirée à un degré extraordinaire vers le côté opposé. Six mois après environ, il commença à se plaindre de la tête et de vertiges qui allèrent souvent jusqu'à déterminer les phénomènes de l'ivresse. Au bout de quelque temps, ces symp-

tômes furent suivis d'affaiblissement de la vision, et parfois de strabisme et de surdité à un haut degré; à la fin il tomba dans l'assoupissement, puis dans le coma et dans les convulsions, après lesquelles il périt. A mesure que ces symptômes se succédaient graduellement, l'engourdissement, puis la paralysie du côté droit de la face se manifestaient; à mesure que la paralysie augmentait, la distorsion de la bouche diminuait, et quelque temps avant la mort, les deux moitiés du visage étaient redevenues régulières et symétriques. La paralysie, qui occupait alors toute la face, présentait cependant cette différence remarquable, d'un côté à l'autre, que, à droite, le sentiment et le mouvement étaient entièrement perdus, tandis que du côté gauche le sentiment persistait dans toute son intégrité.

Ouverture du cadavre. — Au centre du lobe moyen de l'hémisphère droit du cerveau se trouvait un tubercule d'environ un pouce de long et de neuf lignes de large. Ce tubercule adhérait par sa partie inférieure à la substance cérébrale; mais il était détaché dans le reste de son étendue, et il était entouré de pus brunâtre. La substance cérébrale voisine était injectée et ramollie.

L'observation suivante offre un exemple remarquable d'une masse tuberculeuse très-volumineuse attachée à la faux, et qui paraît avoir existé long-temps sans produire d'accident.

Obs. LXXXV. Un petit garçon de sept ans avait depuis plus d'un an des abcès scrophuleux. Sa santé, pendant ce temps avait toujours été en déclinant sans qu'il se manifestât aucun symptôme de lésion locale interne. Six semaines avant sa mort il commença à se plaindre de céphalalgie frontale et de douleur intense dans l'abdomen. Le pouls était naturel, mais l'appétit était mauvais, la langue saburrhale et le sommeil troublé. Après l'emploi des moyens

ordinairement mis en usage dans ce cas, la douleur abdominale disparut, et la céphalalgie fut beaucoup diminuée; en sorte que pendant une quinzaine il ne se plaignit que peu. Mais la céphalalgie revint alors avec beaucoup de violence sans qu'il se manifestât aucun changement dans les symptômes; l'enfant tomba graduellement dans le coma, dans lequel il resta profondément plongé pendant trois jours, après lesquels il périt.

Ouverture du cadavre. — Il y avait un grand épanchement dans les ventricules du cerveau, et un ramollissement considérable de la substance cérébrale en plusieurs points. une tumeur dure très-volumineuse adhérait par sa base au milieu de la faux du côté droit; elle avait près de cinq pouces de circonférence dans sa partie la plus volumineuse, et environ un pouce et demi d'épaisseur. Intérieurement, elle était d'une couleur blanche jaunâtre ou cendrée, et son tissu ressemblait, pour la consistance, à de l'albumine coagulée. Cette tumeur était logée dans la substance de l'hémisphère droit, où elle s'était creusé une place: mais elle n'adhérait nullement à l'arachnoïde adjacente. Il y avait aussi deux tumeurs plus petites également fixées à la faux; elles avaient le volume de grosses noix et présentaient la même apparence. L'une adhérait à l'extrémité postérieure de la faux, et l'autre à l'extrémité antérieure, toutes deux du côté droit. Une autre tumeur de même espèce était logée dans le lobe antérieur de l'hémisphère gauche, et était fixée à la pie-mère par un filament grêle.

Ce fait conduirait à penser que le dépôt de matière tuberculeuse dans le cerveau, comme dans les autres parties du corps, est souvent le résultat d'une action inflammatoire d'une nature tout-à-fait scrophuleuse; qu'elle peut reconnaître pour première cause une action externe ou toute autre cause d'inflammation, et qu'elle est ensuite susceptible de se développer graduellement d'une manière insidieuse.

Obs. LXXXVI. Un enfant de huit ans fit, dans le mois de juin 1821, une chute d'un lieu élevé. La tête fut contuse, et une stupeur considérable en fut le résultat. Les moyens ordinaires le soulagèrent pour quelque temps, quoiqu'il ne fût jamais, depuis lors, dans un état de santé parfaite. Il ne survint aucun accident remarquable jusqu'au milieu d'octobre; il se plaignit alors de pesanteur de tête suivie de stupeur et d'une légère paralysie du bras et de la jambe droite. Cet état persista sans aucun accident plus grave jusqu'au 2 mars 1822, qu'il fut subitement pris d'une violente céphalalgie, de fièvre, d'agitation et de dilatation de la pupille. Après un soulagement incomplet obtenu par les moyens ordinaires, il tomba graduellement dans le coma, et périt le 17.

Ouverture du cadavre. — Les ventricules cérébraux contenaient environ huit onces de fluide; à la partie inférieure du lobe postérieur de l'hémisphère droit, existait une tumeur dense du volume d'une amande; le lobe droit du cervelet était presque réduit à l'état purulent. Au-dessous de lui et immédiatement derrière la partie pierreuse du temporal se trouvait une tumeur du volume d'un œuf de poule, d'une consistance solide, mais intérieurement presque suppurée. Cette tumeur adhérait solidement à la dure-mère, qui était fort épaissie au point d'adhérence.

Obs. LXXXVII. Un enfant âgé de sept ans, sur lequel l'observation suivante m'a été communiquée par feu le docteur Gregory, tomba violemment, dans le commencement de l'an 1811, sur le front et sur le nez, au point que le nez fut presque aplati. Depuis ce temps il se plaignit de la tête, et au bout de deux ou trois mois il devint presque aveugle. Aussitôt après, la vue se troubla, et au bout de quatre ou cinq mois elle se perdit tout-à-fait. Vers ce temps il devint épileptique, et fut affecté d'une faiblesse des extrémités qui augmenta graduellement jusqu'à la paraplégie complète. Il

périt en avril 1812, après trois jours de coma; son intelligence était restée entière jusqu'à cette époque.

Ouverture du cadavre. — Une tumeur blanche, plate, solide, du diamètre d'une grosse fève de marais, se trouvait sous la jonction des nerfs optiques. Les ventricules contenaient douze onces d'un fluide limpide; le lobe droit du cervelet était très-induré, et le lobe gauche était réduit en une matière scrophuleuse suppurée.

On peut rapprocher des tubercules du cerveau les dépôts de matière albumineuse pure qui se font sous les membranes cérébrales ou dans des kystes, formés dans le cerveau. Les symptômes déterminés par cette sorte de lésion sont très-remarquables.

Obs. LXXXVIII. Une femme de 50 ans environ était malade depuis plus d'une année, lorsqu'elle mourut. Elle avait été confinée au lit pendant la plus grande partie de ce temps; à peine pouvait-elle parfois rester levée une partie du jour. Les accidents qu'elle éprouvait consistaient en de violents paroxysmes de céphalalgie, qui survenaient ordinairement dans la nuit ou vers les quatre heures du matin, et duraient en général deux ou trois heures. Lorsque le paroxysme cessait, elle restait dans un état de mieux tolérable jusqu'au retour du paroxysme suivant; les accès étaient quelquefois moins longs; ils ne se prolongeaient pas au-delà d'un quart d'heure ou d'une demi-heure au plus. La douleur céphalalgique était, pendant ces paroxysmes, très-intense, et quelquefois accompagnée d'accès de délire, et d'autres fois de coma d'une courte durée; on observa aussi plusieurs fois du strabisme. La mort arriva d'une manière presque subite : la malade s'était couchée à la nuit dans son état habituel : son paroxysme ordinaire se manifesta, et n'eut pas une plus longue durée que de coutume, mais il revint une deuxième,

puis une troisième fois, et la malade périt de bonne heure dans la matinée.

On trouva à l'ouverture du corps, un épanchement considérable dans les ventricules du cerveau, sans aucune lésion morbide dans le tissu de cet organe. Entre les lobes et à la partie supérieure du cervelet, existait un kyste blanc solide, contenant plus d'une once de matière albumineuse, transparente, d'une consistance assez grande; à la partie inférieure de ce kyste, existait du sang coagulé, mêlé avec la matière albumineuse.

Obs. LXXXIX. Un homme de cinquante ans était, depuis quelque temps, affecté de toux et d'expectoration sanguinolente. Au mois de juin 1818, il fut pris de céphalalgie et de confusion dans les idées, qui consistait principalement dans une disposition à faire une fausse application des mots. La douleur, qu'il rapportait particulièrement à la tête, augmenta d'intensité, et se manifesta par de violents paroxysmes. La vision de l'œil droit était affaiblie, et ne tarda pas à se perdre. La parole ne fut plus distincte, et au bout de quelque temps, elle ne fut plus articulée. Six semaines après le commencement de ces accidents, tous les symptômes augmentèrent d'intensité; le moindre mouvement, et même le changement de position dans le lit, déterminait un violent accès de douleur. Il essayait rarement de proférer des paroles; mais il portait souvent la main à la tête, et semblait éprouver de la gêne dans le bras droit. Il y avait du strabisme avec une pâleur et une faiblesse générales; les fonctions intellectuelles étaient évidemment altérées. Il mourut en août, dans un état comateux. Le pouls avait été habituellement naturel; quelquefois cependant il était plus lent que dans l'état normal.

Ouverture du cadavre. — Dans la substance de l'hémisphère gauche du cerveau, vers sa partie postérieure, exis-

tait un kyste mou et pourvu de vaisseaux, contenant environ deux onces de fluide albumineux épais, incolore, coagulable à la chaleur, et ressemblant exactement à l'albumine de l'œuf; la substance cérébrale qui environnait ce kyste, était ramollie; le cerveau était d'ailleurs sain. Les ventricules contenaient une petite quantité de sérosité, et n'avaient aucune communication avec le kyste.

Obs. XC. Un enfant de trois ans et demi mourut en mai 1823, après avoir été, pendant près de trois ans, affecté presque continuellement de convulsions. La maladie commença à l'âge de huit mois ; elle prit d'abord la forme d'un singulier tressaillement convulsif du bras et de la jambe gauches, qu'un chirurgien, qui le vit alors, compara avec justesse au tressaillement que produit le choc électrique. Ces accidents se convertirent par degrés, en des convulsions caractérisées, qui affectèrent ensuite tout le corps. Ces convulsions revenaient régulièrement cinq ou six fois chaque jour; il y avait parfois des intervalles d'un jour ou deux; il arriva même une fois qu'il y eut un intervalle de deux semaines; mais on observait en général, qu'après ces intermissions, la maladie revenait avec une intensité double. Cet enfant, lorsqu'il mourut, était depuis plus d'un an dans un état de paralysie générale, excepté qu'il pouvait quelquefois mouvoir sa main gauche; il était aussi dans un état d'idiotisme complet; on ne remarqua jamais qu'il fît le moindre effort pour parler. Il avalait les aliments qu'on mettait dans sa bouche; quelquefois il exprimait ses besoins par des cris particuliers, que sa mère était parvenue à comprendre. Nonobstant l'absence complète du pouvoir de la volonté sur le mouvement des membres, les convulsions continuèrent avec une grande intensité, et tous les os longs des membres furent tordus par elles, d'une manière très-singulière.

On remarqua, à la dissection du cadavre, que tous les

os étaient très-mous, et que les os longs des extrémités étaient singulièrement tordus. La tête avait un volume normal, et la fontanelle antérieure était encore ouverte; l'hémisphère gauche du cerveau, sur plus de la moitié de sa partie antérieure, était remarquablement déprimé par une masse de matière albumineuse transparente, qui était déposée sous l'arachnoïde. Cette matière avait l'apparence de l'albumine de l'œuf; mais elle était plus dense, puisqu'on pouvait en séparer et en enlever des fragments. Des portions de cette masse, jetées dans l'eau bouillante, se coagulaient immédiatement et devenaient opaques. Le cerveau était d'ailleurs parfaitement sain.

Je terminerai ce que j'ai à dire à ce sujet, en rappelant le fait suivant, dans lequel on a trouvé la destruction de la substance cérébrale la plus étendue que j'aie jamais rencontrée. La maladie paraît avoir été dans l'origine une masse tuberculeuse, mêlée avec de l'albumine; elle se sera ensuite terminée par un ramollissement des plus considérables. Lorsque je considère une maladie aussi étendue, et l'état de santé où se trouvait encore le malade, quelques jours avant sa mort, je me persuade que ce fait est peut-être unique dans l'histoire des maladies cérébrales; il nous montre, de la manière la plus frappante, l'imperfection de nos connaissances sur les symptômes que détermine l'état de maladie du cerveau.

Obs. XCI. Une jeune demoiselle avait beaucoup souffert d'une ophthalmie chronique, de l'âge de quatorze à dix-sept ans. A dix-huit ans, elle fut prise de paralysie de la face; la bouche était déviée du côté droit, et le muscle orbiculaire palpébral gauche était affecté, au point que l'occlusion de l'œil ne pouvait se faire qu'avec beaucoup d'efforts. La vue du côté gauche était fort affaiblie; il y avait un état d'engourdissement de tout le côté gauche de la face; le pouls

était naturel. La maladie avait débuté par une douleur rapportée par la malade, à l'oreille gauche. On combattit cette affection par des saignées générales et locales, et par des purgatifs actifs, et tous les accidents disparurent en six ou huit jours. Quelque temps après, seconde attaque des mêmes accidents, qui disparurent aussi de la même manière. La malade resta ainsi sujette à des étourdissements, revenant par accès, accompagnés de trouble dans la vision, et suivis de vomissements. Ces accidents se renouvelaient fréquemment, mais ne continuaient pas, en général, plus d'un jour ou deux, et dans leurs intervalles, la santé de la malade était parfaite. Ces symptômes persistèrent pendant près d'une année. Arrivée à l'âge de dix-neuf ans, cette jeune fille étant un jour assise en dînant, fut renversée subitement de son siége, dans un état d'insensibilité complète, avec une contraction générale des muscles, ou plutôt dans un état de roideur générale, mais sans aucune convulsion: elle resta dans cet état pendant environ deux heures. Depuis cette attaque, qui arriva dans le mois de juin 1822, il n'y eut pas de retour d'accidents jusqu'au mois de décembre suivant, qu'une attaque exactement semblable se manifesta. Il en survint une troisième en février 1823, et une quatrième en juin de la même année. Depuis la première attaque, les accès d'étourdissement devinrent beaucoup plus graves, et commencèrent à s'accompagner d'une céphalalgie qui avait particulièrement son siége à la tempe et à l'oreille gauches. Ces accès étaient souvent suivis d'un écoulement séreux très-peu considérable par l'oreille : après le quatrième accès comateux, la vue resta troublée. L'usage des bains de mer, auquel on eut recours, augmenta la céphalalgie, et le trouble de la vision se convertit en un degré considérable d'amaurose. On voulut combattre ce dernier accident par l'administration d'un émétique; l'action de ce médicament fut immédiatement suivie d'un violent accès

comateux, qui se renouvela ensuite à de courts intervalles, jusqu'au moment de la mort. D'après le récit des parents de la malade, les accès revinrent tous les jours pendant quinze jours, et durant la quinzaine suivante, elle en fut tout-à-fait exempte. Ces accès continuaient, du reste, à présenter à peu près les mêmes caractères qui ont déjà été indiqués, l'insensibilité avec la rigidité musculaire. Il n'y eut jamais, pendant toute la maladie, aucune apparence de convulsions qu'une seule fois; les accès duraient, en général, depuis une demi-heure jusqu'à une heure, et, excepté la faiblesse de la vue, la santé générale de la malade était si bonne, qu'elle fut mariée en février 1824, environ deux mois avant sa mort. Elle fut alors confiée aux soins de mon ami le docteur Ross, qui m'a communiqué les détails précédents. Les symptômes principaux qu'elle présentait, étaient les accès d'insensibilité, qui revenaient fréquemment avec une violente céphalalgie, et qui étaient accompagnés de vertiges et de malaise. Il existait une amaurose portée à un haut degré; mais la santé était du reste bonne. On eut recours à l'extrait de stramonium, dont l'administration suspendit les accès, et améliora beaucoup l'état de la vision. La santé générale et les facultés étaient en si bon état, qu'elle passa à s'amuser en compagnie, chez un ami, la soirée qui précéda sa mort. Elle rentra chez elle vers les onze heures du soir, et se coucha avec toute l'apparence de la bonne santé. Le lendemain matin à huit heures, on la trouva dans un état d'insensibilité avec roideur du corps: on crut qu'elle avait une de ses attaques habituelles; mais le docteur Ross, arrivé un instant après, reconnut qu'elle était morte.

On constata, à l'ouverture du cadavre, à laquelle j'étais présent, que le cerveau n'offrait à l'extérieur aucune apparence de lésion morbide; mais une légère incision, à la partie supérieure de l'hémisphère gauche, conduisit dans une

cavité, dans laquelle une sonde introduite put pénétrer dans toutes les directions, sans aucune résistance, dans presque toute l'étendue de l'hémisphère. Cette cavité dépendait de ce que tout l'hémisphère était dans un tel état de décomposition ou de ramollissement, qu'il ne formait plus qu'une grande poche remplie d'une matière molle, pultacée, renfermée dans une enveloppe très-mince, que formait la matière cérébrale saine de la surface. La couche du tissu cérébral sain n'excédait pas, en beaucoup d'endroits, trois lignes d'épaisseur; et dans les points où cette épaisseur était la plus considérable, comme à la partie supérieure de la surface du cerveau, elle n'avait pas plus de six à neuf lignes. La matière qui remplissait cette cavité était une pulpe claire, molle, mêlée avec des portions de substance albumineuse transparente, qui se coagulait lorsqu'on la jetait dans l'eau bouillante. Cette matière était disposée en masses irrégulières; cependant quelques portions plus fermes pouvaient être séparées en forme de petits nodules sphériques, ressemblant à des hydatides. On reconnut néanmoins, à un examen attentif, que ce n'étaient point des hydatides, mais des masses régulières de matière albumineuse dans l'état concret. A la partie externe de l'hémisphère, sur la partie supérieure du rocher, il y avait une tumeur du volume d'un œuf de pigeon, qui adhérait solidement à la surface interne de la dure-mère. Vue par son extérieur, cette tumeur paraissait irrégulière, et comme formée par la réunion de plusieurs petites tumeurs : intérieurement, elle était composée partie d'une matière molle, rougeâtre, couleur de chair, et partie d'albumine demi-transparente, disposée en nodules de différents degrés de densité. Jetée dans l'eau bouillante, toute cette masse prit une couleur blanche opaque, uniforme, et la consistance du caséum. Le ventricule gauche était entier; il contenait une très-petite quantité de fluide séreux, et il n'était séparé de la masse morbide, que par une cloison

extrêmement mince; l'hémisphère droit était sain, excepté dans l'épaisseur du lobe antérieur, où se trouvait un ramollissement considérable. Tous ceux qui furent témoins de la dissection de ce corps reconnurent que l'hémisphère gauche avait considérablement augmenté de volume, tandis que l'hémisphère droit avait diminué dans la même proportion. La faux était sensiblement déviée vers le côté droit; les nerfs optiques, semblaient d'une texture plus molle que dans l'état naturel; le cervelet ne présentait aucune lésion [1].

[1] Dans l'état actuel de la science, il est encore impossible de déterminer d'une manière précise les symptômes qui indiquent le développement et la présence des tubercules dans le cerveau; on peut cependant, en réunissant toutes les circonstances que présentent la plupart des sujets affectés de cette maladie, arriver à un diagnostic probable. Les principales de ces circonstances sont relatives aux renseignements commémoratifs sur les symptômes actuels, à la présence de tubercules dans d'autres organes, à une affection scrophuleuse ancienne, à la prédisposition héréditaire à ces affections, etc.; telles sont les données commémoratives qui rendent probable l'existence de tubercules encéphaliques. Les symptômes qui ont existé chez tous ceux qui ont été affectés de ces tumeurs, sont principalement la céphalalgie, soit continue, soit intermittente et irrégulière dans ses retours, fréquemment fixée à une partie circonscrite de la tête. Les malades sont en même-temps frappés d'un dépérissement remarquable, dont on est souvent porté à chercher inutilement la cause dans une lésion organique des poumons. Lorsque l'on observe ces accidents, si surtout ils se prolongent après s'être progressivement développés sans cause immédiate évidente, et si des phénomènes de paralysie viennent à se manifester, on est fondé à présumer qu'il existe dans le cerveau une maladie organique de la nature de celle qui nous occupe. On est encore plus en droit d'admettre cette lésion, si l'on voit la paralysie se circonscrire dans une partie peu étendue, ce qui ne laisse pas de doute que la cause organique qui agit sur le cerveau ne soit immédiatement limitée à une partie très-circonscrite du cerveau, comme le sont ordinairement ces tumeurs.

La formation des tubercules dans nos organes ne s'accompagne, comme nous l'avons démontré par beaucoup de faits dans notre *Histoire anatomique des Inflammations*, d'aucun développement apparent d'inflammation dans le tissu environnant. On ne reconnaît cette absence d'aucune lésion phlegmasique autour des tubercules dans aucun organe mieux que dans le cerveau; il n'est même quelquefois pas utile de faire des re-

SECTION II.

DE CERTAINES MALADIES DES OS DU CRANE.

L'observation suivante m'a conduit à faire quelques recherches sur les maladies des os du crâne.

Obs. XCII. Une femme de quarante-huit ans tomba dans un escalier, environ un an avant sa mort, et se fit des contusions à différentes parties du corps, et spécialement à la tête; elle resta au lit pendant quelques jours. Dès-lors sa santé se détériora; elle commença à se plaindre d'une douleur fixe à la tête, et les fonctions du tube digestif furent

cherches bien étendues pour constater ce fait, car on trouve de ces tumeurs développées à la surface du cerveau, dans la pie-mère, dans des replis de circonvolutions ne tenant au tissu de la pie-mère que par quelques filaments celluleux exempts de toute altération. Comment admettre, dans ce cas, l'existence d'une inflammation autour du produit morbide?

Comme nous n'avons aucune donnée sur les causes immédiates du développement des tubercules, soit dans le cerveau, soit dans tout autre organe, nous n'avons aucune donnée qui puisse fournir des indications curatives rationnelles. On ne peut donc employer que des moyens empiriques, sur lesquels on doit dire aussi que l'observation a appris à peu compter. Les exutoires profonds, appliqués comme dérivatifs autour de la tête, sont souvent utilement appliqués; ils paraissent rallentir, sinon le développement, au moins le ramollissement des tubercules; et l'on sait que c'est ce ramollissement qui hâte le plus souvent la terminaison funeste du mal. L'établissement de ces exutoires a aussi l'avantage d'être indiqué contre les phlegmasies chroniques des organes encéphaliques, qui ne peuvent que bien difficilement être distinguées des autres affections chroniques de l'encéphale. C'est dans ce cas, qu'il nous paraît bien établi que les exutoires dérivatifs doivent être appliqués avec hardiesse. Si l'on craint d'agir activement, il ne faut compter sur aucun résultat avantageux de ce traitement dans les maladies chroniques, surtout lorsqu'elles occupent les organes profonds du crâne. Dans ces cas, nous appliquons de larges moxas, de profondes fontanelles aux tempes, derrière les oreilles, à la nuque, etc. Nous n'avons jamais remarqué aucun accident par l'effet de cette médication, et nous sommes fondés à penser que, dans bien des cas où l'on n'obtient aucun effet utile de leur action, c'est parce qu'on a recours à leur emploi avec une trop grande timidité.

A. N.G., *trad.*

dérangées. Cette femme continua cependant ses occupations domestiques ordinaires jusqu'à trois semaines avant sa mort, qu'elle fut prise de fièvre et de délire furieux. Ces accidents disparurent après une saignée. Le lendemain, elle eut à la face un érysipèle, qui disparut en peu de jours. La malade put alors quitter le lit; mais elle continuait à ressentir une douleur fixe et profonde dans le côté droit de la tête, à peu de distance au-dessus de l'oreille, qui était le siége d'un écoulement. Elle resta dans cet état, se levant pendant la plus grande partie de chaque jour, jusqu'à trois jours avant sa mort, qu'elle tomba dans le coma, avec paralysie incomplète du côté gauche, et mouvements convulsifs du bras droit : elle périt le huitième jour de l'invasion de ces accidents.

Ouverture du cadavre. — La tête fut aisément ouverte, car les os du crâne étaient d'une mollesse remarquable. La calotte du crâne enlevée, on reconnut sur toute la surface interne de l'os, un singulier état de maladie; la table interne semblait manquer dans toute son étendue, et l'on voyait à nu le tissu rugueux, irrégulier et celluleux, de la partie centrale des os du crâne. Entre cette surface et la dure-mère, était formée une fausse membrane de couleur jaunâtre, d'un douzième à un huitième de pouce d'épaisseur. A l'enlèvement du crâne, cette membrane resta, en quelques places, adhérente à la dure-mère, laissant à nu la surface celluleuse de l'os, et dans d'autres places, elle resta adhérente à l'os, laissant la dure-mère aux lieux correspondants avec son apparence normale. Les parties qui furent trouvées dans ce singulier état de maladie, étaient l'os frontal, au-dessus des lames orbitaires, les deux pariétaux dans leur totalité, la portion écailleuse des deux temporaux, et plus de la moitié supérieure de l'occipital L'érosion était la plus profonde sur les pariétaux, qui étaient minces et transparents dans plusieurs points, et tout-à-fait perforés

dans quelques-uns. Le crâne, à sa surface externe, ne présentait rien d'insolite, si ce n'est dans les points où l'os était perforé, qu'il offrait de petites ouvertures. A la partie inférieure de l'hémisphère droit du cerveau, vers sa partie postérieure, il existait un abcès considérable. Le cerveau était d'ailleurs sain dans toutes les autres parties. Sur le rocher droit, la dure-mère était d'une couleur brune et détachée de l'os, qui n'offrait aucune altération.

Je n'ai trouvé dans aucun auteur aucune observation sur une semblable affection de l'os : il y avait destruction complète de presque toute la table interne du crâne, qui était remplacée par une fausse membrane molle, par l'intermédiaire de laquelle la dure-mère était agglutinée à la surface osseuse malade. Cette maladie devait exister depuis un temps considérable; l'abcès du cerveau, probablement récent, aura été la cause immédiate de la mort. La malade était une femme mariée, de bonne conduite, en sorte qu'on n'a pu soupçonner à cette maladie aucune cause syphilitique. On peut considérer cette altération des os comme le résultat d'une inflammation lente des os qui les a détruits graduellement par la carie. On peut rapporter cette maladie à une cause externe; elle peut aussi se développer sans cause évidente; elle affecte le plus ordinairement la table externe du crâne, quoiqu'elle puisse aussi affecter la table interne. Je ne connais néanmoins aucun exemple rapporté par aucun écrivain de cette lésion limitée à la table interne.

Une demoiselle, dont a parlé M. Howship dans ses *Observations pratiques sur la chirurgie et l'anatomie pathologique*, reçut, à l'âge de quinze ans, un léger coup sur le côté droit de la tête. Elle resta depuis ce moment, et pendant trente ans, sujette à une violente céphalalgie, qu'elle rapportait constamment au point où elle avait reçu le coup. Au bout de ce temps, elle tomba dans l'assoupissement; sa vue s'af-

faiblit, et elle périt dans le coma à l'âge de cinquante ans. L'os du crâne, dans le lieu où le coup avait porté, était aminci par l'absorption, au point d'être transparent dans l'étendue d'un écu; la dure-mère dans ce point avait tout-à-fait disparu, et le cerveau dans le lieu correspondant était d'une couleur brune, livide et fort induré. Cette lésion s'étendait à tout le lobe médian. Dans un cas rapporté par Desault, la mort arriva un mois après un coup reçu à la tête. L'os et tous les tissus qui le recouvrent extérieurement étaient sains; mais la table interne était noircie dans toute l'étendue d'un des pariétaux. La dure-mère adhérait à l'os aussi fortement qu'aux autres parties du crâne, et il y avait de la suppuration à la surface du cerveau. Ces altérations constituent probablement la première période de la maladie dont nous avons vu le résultat sur notre malade, et de celle que M. Howship a observée à un degré d'étendue plus limité.

Un homme de vingt-huit ans, qui a fait le sujet d'une observation rapportée par M. Wathen, avait une tumeur du volume d'un œuf de pigeon sur le pariétal gauche. Cette tumeur, qui ne déterminait aucune incommodité, resta stationnaire pendant un an et demi. Il en parut au bout de ce temps une autre sur le côté gauche de l'os frontal. Ces tumeurs augmentèrent de volume; elles se réunirent après quelques semaines, et s'élargirent au point de couvrir presque tout le côté gauche de la tête. La partie tuméfiée était incolore et indolente; il se manifesta alors quelques mouvements convulsifs : un caustique fut appliqué sur la partie postérieure de la tumeur. Lorsque l'escharre qui en fut le résultat se sépara, on trouva que les téguments avaient deux pouces d'épaisseur : l'os adjacent était extrêmement irrégulier. On voyait dans la tumeur des aiguilles osseuses, dont quelques-unes avaient jusqu'à un pouce de longueur. Une escharre semblable fut faite à la partie antérieure; elle présenta les

mêmes apparences : une matière ichoreuse, ténue, mêlée de pus en petite quantité, s'écoula abondamment des ulcérations ; des douleurs fréquentes et de la fièvre s'allumèrent; il survint des convulsions et du délire. Cependant le malade continuait à se promener; il pouvait même faire plusieurs milles à pied : il périt d'épuisement, mais avec toutes ses facultés, deux ans et demi après le début de sa maladie. A la dissection du cadavre, on trouva tout le côté gauche du crâne perforé de nombreuses ouvertures, entre lesquelles se trouvaient des épines osseuses, des filaments et des apophises de différentes formes, les épines les plus déliées pénétraient au travers des téguments malades. Les deux plus larges perforations correspondaient aux siéges des deux tumeurs primitives; au-dessous d'elles se trouvaient deux petits abcès dans le cerveau. L'os, à sa surface interne, offrait les mêmes altérations qu'à sa surface externe; la dure-mère lui adhérait par un fongus mou, qui naissait de la surface osseuse malade [1]. Morgagni a parlé d'une observation sur

[1] *Medical observations and inquiries*, vol. v.

Cette observation est curieuse sous le point de vue de l'anatomie pathologique ; elle offre un exemple de l'inflammation chronique du périoste et des os plats, qui constitue l'exostose, telle que nous en avons décrit les caractères dans notre *Histoire anatomique des inflammations* (t. 1, p. 385); il est extrêmement probable que la maladie a commencé par le périoste, comme commencent le plus fréquemment les affections des os plats. Lorsque la carie survient dans l'os, indépendamment de toute affection du périoste, elle ne détermine ordinairement pas ces pointes osseuses qui sont un caractère de la périostose. Parvenue à un degré avancé, lorsque l'exostose se manifeste primitivement sans lésion du périoste, on trouve bien des lamelles et des fibres osseuses plus ou moins écartées et raréfiées, mais on ne trouve point ces pointes, ces apophises osseuses morbifiques qui ne se forment que lorsque le périoste est malade lui-même.

Le traitement auquel a été soumis le malade qui a fait le sujet de cette observation, n'est pas celui sur lequel on pouvait compter le plus sûrement pour obtenir la guérison. En admettant qu'il n'y eût pas nécessité de recourir à un traitement général, probablement antisyphilitique, il nous semble qu'il aurait été plus rationnel et moins dangereux d'agir sur

une carie de la partie postérieure du crâne, avec un épaississement remarquable de la dure-mère, survenue à la suite d'un coup, et terminée par la mort au bout de six ans. Un jeune homme devint épileptique après avoir éprouvé pendant long-temps une céphalalgie intense; Zacchias trouva la table interne de l'occipital cariée dans une petite étendue, sans aucune altération de la table externe. Un homme, que le docteur Clossy a observé, devint épileptique après un coup sur la tête; l'accès revint plusieurs fois chaque jour pendant trois ans : on reconnut, au lieu où le coup avait été reçu, une proéminence: on pratiqua une incision qui mit à même de découvrir un gonflement de l'os, surtout dans une partie du pariétal gauche. On appliqua le trépan, et l'on trouva l'os celluleux et spongieux, et infiltré de pus. Le malade périt dans le coma quelques jours après l'opération; et, à l'ouverture du cadavre, on trouva une aspérité circulaire, environ du diamètre d'un écu, à la surface interne de l'os, avec plusieurs petits abcès, ayant le volume de pois, dans la dure-mère [1].

Les faits que nous venons de réunir peuvent être considérés comme des exemples d'une forme rare de maladie des os du crâne, particulièrement bornée à la table interne. Le plus ordinairement les maladies des os de la tête affectent la table externe ou toute l'épaisseur de ces os; ces affections déterminent des phénomènes pathologiques remarquables;

cette tumeur par l'instrument tranchant, que d'en provoquer la destruction par le caustique, au risque de produire une inflammation cérébrale qui ne serait peut-être pas arrivée par le traitement dont nous parlons. Ce n'est jamais sans beaucoup de danger qu'on détermine ainsi des inflammations intenses par les caustiques sur la convexité du crâne. La phlegmasie se propage très-aisément aux méninges et au cerveau, et détermine la mort rapidement; tandis que l'expérience des chirurgiens leur a appris que les plaies, même étendues, du cuir chevelu, du crâne et même du cerveau, sont loin d'être aussi souvent suivies des mêmes accidents. A. N. G., *trad.*

[1] Clossy's *Observations of some of the diseases of the human body*. p. 175.

elles semblent consister en une inflammation très-lente, qui peut être le résultat d'une lésion physique, même très-légère, et qui survient quelquefois sans cause évidente. Les progrès du mal sont le plus souvent extrêmement lents; mais il est impossible, aussitôt qu'il existe, de prévoir jusqu'où il peut s'étendre. Il peut se terminer par l'exfoliation d'une partie de la table externe, ou il peut envahir toute l'épaisseur de l'os, ou enfin il peut gagner la dure-mère et le cerveau, et devenir ainsi rapidement fatal. Un homme, dont le docteur O'Halloran a recueilli l'histoire, fut pris, sans cause connue, d'une douleur à la partie supérieure de l'os frontal; cette douleur fit des progrès, et s'accompagna de palpitations, au point que le malade fut forcé d'interrompre ses occupations. Au bout d'environ quatre mois, un abcès se forma sur le point malade, et s'ouvrit; on trouva alors l'os carié et percé d'une ouverture par laquelle on distinguait la dure-mère couverte de pus. Il s'écoulait par cette ouverture environ une cuillerée de pus à chaque pansement. La portion d'os malade se détacha et tomba le dixième jour; une deuxième portion, également cariée, se sépara une semaine plus tard; quinze jours après, la plaie se cicatrisa [1]. On peut considérer ce cas comme un exemple de la forme idiopathique de la maladie des os du crâne. L'inflammation avait probablement commencé dans le péricrâne, et s'était ensuite étendue à l'os.

Les coups à la tête sont le plus ordinairement la cause de l'affection des os du crâne, qui marche souvent alors avec une lenteur remarquable. Un homme, observé également par le docteur O'Halloran, reçut sur la tête un coup de bâton qui laissa une certaine pesanteur et de la douleur à la tête. Il n'y eut aucun accident grave pendant plusieurs mois au bout desquels il se forma, au lieu où avait été reçu le coup, une tumeur qui acquit le volume d'une pomme.

[1] O'Halloran, *on Injuries of the head.*, p. 58.

Cette tumeur fut ouverte; on trouva sous elle une ouverture circulaire dans le crâne, du diamètre d'un demi-écu; la dure-mère, couverte de pus, était à nu. Un fongus se forma au bout de quelque temps sur la surface de cette membrane; il fut détruit par de l'alun; la plaie de la tête guérit ensuite. M. T. Cullum a recueilli l'histoire d'un enfant de sept ans, qui tomba la tête dans le feu. On supposa que cet accident dépendait d'un accès d'épilepsie. Ce petit garçon fut profondément brûlé avant qu'on pût le retirer. Il résulta de cet accident une escharre étendue, qui fut long-temps avant de se séparer; on vit alors l'os tout-à-fait à nu. Au bout de plus de trois mois, l'os malade se détacha en une seule pièce, qui comprenait tout un pariétal, une partie de l'autre pariétal, et une portion de l'occipital. Des granulations se formèrent à la surface de la dure-mère, et au bout de six mois la perte de substance fut guérie, excepté dans une petite portion du diamètre de l'ouverture d'une petite tasse à thé. L'enfant était d'ailleurs dans un état de santé parfaite. Cinq à six ans après il restait encore une plaie du diamètre d'un demi-écu, qui suppurait considérablement. Une couche osseuse, très-mince, s'était formée pour réparer la perte de substance que le crâne avait éprouvée.

Une circonstance importante à signaler dans la maladie des os du crâne qui nous occupe, c'est qu'une fois cette maladie développée, elle ne reste pas toujours confinée à la partie qui a éprouvé la contusion, mais qu'elle peut envahir graduellement une grande étendue du crâne.

Une dame, dont on doit l'histoire à M. Norris, après avoir éprouvé une chute qui ne détermina d'abord aucun accident alarmant, fut prise d'une céphalalgie. La douleur était très-intense sur l'os frontal, qui avait été le siége de la contusion; il se forma en ce lieu une tumeur qui fut ouverte plus de trois mois après la chute éprouvée par la malade. L'os fut

trouvé atteint de carie; on appliqua le trépan, dans la persuasion qu'un épanchement pourrait se trouver au-dessous; mais il n'en existait pas; le mal était confiné à l'os, et la dure-mère était saine. Une tumeur semblable se forma aussitôt après à l'occiput; on trouva aussi que l'os adjacent était carié. L'exfoliation se fit peu de temps après; il se détacha un fragment d'os du diamètre d'une pièce de douze sous, et la plaie se cicatrisa. Il se forma ainsi successivement plusieurs tumeurs sur différentes parties de la tête; elles suivirent toutes la même marche. Il ne se détacha, pendant plusieurs mois, que des pièces de la table externe; les pièces qui se détachèrent ensuite occupaient toute l'épaisseur de l'os, en sorte qu'après chaque exfoliation, la dure-mère était mise à nu. Dès-lors, les plaies du cuir chevelu cessèrent de se cicatriser. La malade périt neuf mois après le commencement de ces exfoliations successives. On reconnut à la dissection de son corps, que des portions de la calotte du crâne manquaient tout-à-fait. Ces parties détruites comprenaient, autant que nous en avons pu juger par la gravure, plus de la moitié de l'os occipital, plus d'un tiers des pariétaux, et une portion considérable des deux temporaux. On ne put concevoir, dans ce cas, le plus léger soupçon sur l'existence d'un principe syphilitique [1]. Une femme qui fait le sujet d'une des observations rapportées par Saviard, fut reçue à l'Hôtel-Dieu, après une chute sur la tête; elle eut des exfoliations successives des deux tables du crâne, dans une si grande étendue, que les pièces rapprochées les unes des autres, ressemblaient à la calotte du crâne, qu'on aurait extraite par la scie, dans la dissection. Cette succession d'exfoliations dura deux ans, au bout desquels cette femme fut renvoyée en bonne santé. La partie supérieure du cerveau n'était couverte que par les tégu-

[1] *Transactions of the Medical Society of London*, vol. 1.

ments.[1] Fabrice de Hilden rapporte l'histoire d'un homme, sur le crâne duquel il se forma de nombreuses tumeurs, desquelles se détachèrent des pièces osseuses qui mettaient chaque fois à nu la dure-mère. Les plaies étaient guéries lorsque Fabrice écrivait ce fait, et cet homme était encore vivant, mais affecté de paraplégie. Portal a rapporté de semblables observations recueillies sur deux malades auxquels il donna des soins, et chez lesquels il n'avait aucun motif de suspecter l'existence d'un principe syphilitique; la maladie fut arrêtée par le mercure et les antiscorbutiques.

On observe encore, dans ces affections, que les os deviennent malades avec une extrême lenteur, et que le mal peut exister pendant un temps très-long, déterminant des accidents très-graves, et ne faisant cependant que très-peu de progrès. M. Maréchal a rapporté l'histoire d'une dame qui reçut un léger coup à la tête, qui laissa cependant, au point où il avait porté, une douleur constante, qui augmentait souvent par accès violents, que le traitement le plus actif ne put empêcher. Après des douleurs intenses, qui duraient depuis plusieurs années, on fit une incision sur le point où elles existaient, et l'on trouva une petite portion d'os cariée, que l'on enleva avec le trépan, et la malade fut alors guérie. La maladie, chez cette dame, était probablement superficielle, et il est vraisemblable qu'en mettant simplement l'os à découvert, et en favorisant son exfoliation,

[1] Ce fait est l'objet de la xc[e] des Observations chirurgicales de Saviard. La portion du crâne qui se sépara chez cette femme, comprenait la partie supérieure de l'os coronal, les deux pariétaux entiers et une grande portion de l'os occipital; la malade couvrait sa tête avec le fond d'une calebasse. On voyait à l'endroit d'où les os étaient sortis, les battements de la dure-mère, qui n'était couverte que d'une pellicule fort mince, sur laquelle il s'élevait de temps en temps de petites vessies pleines d'une sérosité roussâtre, qui donnaient lieu à de petits ulcères d'une difficile guérison, de sorte que la cicatrice de cette plaie ne fut absolument fortifiée que plus de huit mois après l'exfoliation. Cette guérison fut encore retardée par l'intempérance de la malade. A. N. G., *trad.*

on aurait obtenu le même résultat que par l'opération grave à laquelle on a eu recours.

Le siége du mal est quelquefois d'abord à la table interne du crâne, et s'étend plus profondément encore au cerveau lui-même, où il se termine d'une manière funeste; j'ai déjà rapporté des cas de cette espèce. D'autres fois, la maladie, d'abord située à l'extérieur, abandonne son premier siége, et gagne les parties profondes. M. Howship a vu un petit garçon qui reçut à l'école un coup de règle sur la tête. Il survint une petite plaie qui continua à fournir du pus pendant six ans, après lesquels elle guérit. La vue s'affaiblit aussitôt après, et l'enfant devint épileptique. On appliqua sans succès une couronne de trépan au lieu où le coup avait été reçu; l'enfant périt trois jours après. L'os et la dure-mère étaient sains; mais l'arachnoïde, au lieu correspondant, présentait les caractères évidents d'une inflammation chronique, et le cerveau était le siége d'une induration considérable, qui occupait toute l'étendue du lobe moyen.

On a dit, dans plusieurs ouvrages sur la chirurgie, que dans les cas où l'os devient ainsi malade après les blessures et les coups à la tête, c'est la séparation du péricrâne qui détermine sa nécrose. Mais il n'est pas de chirurgien livré à la pratique, qui n'ait vu bien des fois le péricrâne détaché du crâne, sans qu'il en résulte rien de fâcheux; et d'autres fois des caries du crâne sans décollement de son périoste. Dans le fait que j'ai cité d'après Desault, d'un coup reçu à la tête, qui devint mortel au bout d'un mois, on trouva l'os sain extérieurement, et les parties molles qui le revêtent, exemptes de toute lésion, tandis que la table interne était noircie dans toute l'étendue d'un des pariétaux, quoique la dure-mère y adhérât aussi solidement que dans l'état physiologique. Il semble que ce soit l'action inflammatoire qui frappe ainsi de mort les os du crâne, et cette

action peut, comme nous l'avons déjà dit, quitter le siége primitif du mal, et s'étendre d'une partie à une autre, jusqu'à ce que ses progrès soient arrêtés par une résistance vitale, constitutionnelle, qui échappe à notre observation, et qui est bien difficile à apprécier. Il résulte de ces remarques, qu'il ne faut pas compter, dans ces cas, sur l'application du trépan. Si les symptômes indiquent la présence d'un épanchement sous l'os, il faut l'évacuer; mais l'utilité de la perforation du crâne se borne à obtenir cet effet; son utilité sur des parties enflammées est très-douteuse. Il est certain que, dans plusieurs cas de cette espèce, qui s'étaient prolongés pendant un temps considérable, sans déterminer de symptômes inquiétants, la mort a suivi immédiatement l'application du trépan. Dans un cas qui m'a été rapporté par un confrère habile, et qui s'est terminé aussi par la mort, on trouva, à l'ouverture du cadavre, la table interne du crâne parfaitement saine; la maladie était limitée à la table externe, que l'on trouva complètement séparée de l'interne dans une très-grande étendue, et uniquement retenue par les téguments. La maladie avait été déterminée par une blessure légère, reçue par le malade, lorsqu'il était déjà dans un mauvais état de santé; la carie avait duré pendant un temps considérable. Le traitement alors indiqué consiste à inciser largement les téguments, et à provoquer, par tous les moyens ordinaires, la séparation de la partie osseuse malade.

Il est probable même, dans les cas ordinaires, si habituellement observés dans la pratique chirurgicale, dans lesquels il se forme un épanchement dans le crâne, par suite d'une cause externe, que l'on doit particulièrement porter son attention sur l'inflammation qui s'est manifestée, plutôt que sur les changements mêmes qui vont survenir dans les os. La formation de l'épanchement doit être alors considérée, non comme un effet de la maladie de l'os, mais

comme un résultat de l'inflammation des parties qui détermine aussi elle-même l'altération de l'os. Morgagni et d'autres auteurs ont rapporté des faits de ce genre, dans lesquels un épanchement s'est formé entre le crâne et le cerveau, sans la moindre apparence de maladie de l'os.

La communication de l'inflammation des os du crâne au cerveau et à ses membranes, s'est montrée d'une manière frappante, dans deux observations rapportées par de Haën, dans ses remarques sur l'application du cautère actuel sur le crâne. Il parait qu'à l'époque où écrivait De Haën, on faisait un fréquent usage de ce remède; dans différentes affections cérébrales, on pratiquait la cautérisation après avoir détaché une portion du cuir chevelu, en appliquant le cautère actuel à la surface de l'os [1]. Dans deux cas, recueillis par ce médecin, l'un sur un petit garçon de douze ans, et l'autre sur une jeune femme de vingt, on eut recours à cette cautérisation pour une amaurose; elle fut suivie d'inflammation du cerveau, dans le premier cas, le quatrième jour, et dans le deuxième, le cinquième. A la dissection, on trouva une inflammation étendue des membranes avec formation d'un liquide épanché; chez un de ces malades, la maladie avait même affecté la substance du cerveau. Ces faits sont intéressants pour montrer la communication directe de l'inflammation de l'os aux parties adjacentes, sans qu'une contusion ou aucune cause qui puisse directement produire la mort de l'os, ait été dirigée sur le crâne; car on

[1] Cette manière d'appliquer le cautère actuel sur la tête avait été adoptée par Leber, et répandue par Laudes, son élève; l'ustion sans incision préalable des téguments, était rejetée comme pouvant occasioner des convulsions. On craignait tellement de toucher les parties molles avec le feu, qu'après avoir détaché et renversé un lambeau de cuir chevelu, on ruginait le péricrâne, et l'on portait ensuite le cautère incandescent sur l'os dénudé, au moyen d'une canule qui empêchait d'atteindre les parties molles qui environnaient la dénudation.

A. N. G., *trad.*

n'observait sur l'un et l'autre de ces individus, aucune carie ni destruction de l'os lui-même [1].

Dans les lésions de l'os, qui ont été l'objet des observations précédentes, la pièce d'os qui a été le siége de la maladie, est, en général, érodée par la carie, dans toute son étendue. Cependant le professeur Russel a décrit une variété très remarquable de cette affection, dans laquelle l'ulcération ou la carie de l'os est disposée suivant une ligne circulaire étroite, comme pour isoler une portion d'os d'une certaine étendue qu'elle entoure de toute part, et qui se détache ensuite. La partie de l'os, ainsi séparée, est, dans quelques cas, parfaitement saine; d'autres fois, elle est plus dense que dans l'état de santé; elle est polie et blanche comme une pièce d'ivoire, et dépourvue de diploé. La maladie survient quelquefois, dans ces cas, après des lésions externes, et d'autres fois sans cause apparente [2].

Une variété fort singulière des maladies du crâne est celle où, après une contusion à la tête, une portion de l'os disparaît par absorption, sans aucune affection des téguments. M. Howship a recueilli l'histoire d'une petite fille de neuf mois, qui se fit, en tombant, une contusion sur l'os parié-

[1] La cautérisation pratiquée dans ces cas à la surface de l'os était toujours très-superficielle De Haën dit en effet positivement qu'à peine si elle avait détruit une petite portion de l'os. *Cranium adeò leviter igne tactum fuisse ut factâ usti abrasione vix quid de osseâ periisse videretur substantiâ.* On ne peut cependant admettre, avec M. Abercrombie, que cette cause n'était point de nature à frapper de mort une portion de l'os; il faut, au contraire, admettre que dans tous les cas une partie de l'os devrait être mortifiée par une semblable ustion directement dirigée sur lui. De Haën, en signalant que cette ustion était fort superficielle, indique que des auteurs ont prescrit de la porter jusqu'au diploé. *Ustio igitur non erat aut profunda aut etiam ad usquè diploën producta, quemadmodùm authores jubant; sed vix tangens, adeoquè insufficiens.* (*Ratio med.* cap. VI., §. 11.) On peut se faire une idée, par les accidents qui ont été le résultat d'une ustion si légère, de ceux qu'on faisait courir aux malades par une cautérisation du crâne étendue jusqu'au diploé.

A. N. G., *trad.*

[2] *Transactions of the medico-chirurgical Society of Edinburgh*, vol. 1.

tal droit. Il n'y avait aucune plaie ni aucun autre symptôme urgent; mais au bout de plusieurs semaines on aperçut distinctement les pulsations du cerveau, au point où avait porté la contusion extérieure, et l'enfant devint paralytique du côté gauche. A l'âge de quatre ans, lorsque M. Howship écrivit son ouvrage, elle avait recouvré l'usage du côté gauche, dont la paralysie avait diminué progressivement; elle était d'ailleurs en bonne santé, cependant il y avait encore une absence d'os dans une étendue considérable au côté droit de la tête, au point, que lorsqu'elle criait ou toussait, cette partie se tendait et se gonflait évidemment. Un petit garçon de quatorze ans, qui a été observé par M. Wilmar, qui a recueilli ce fait dans ses *Observations de chirurgie*, reçut à la tête un coup qui fut immédiatement suivi d'une tumeur molle d'environ deux pouces de diamètre à sa base. Cette tumeur étant restée stationnaire pendant deux mois, fut ouverte par une large incision qui ne donna issue qu'à du sang fluide; on trouva que l'os manquait complétement dans une étendue qui correspondait exactement à la base de la tumeur; cependant la plaie se cicatrisa.

Les tumeurs de la dure-mère se montrent sous les téguments, après avoir déterminé l'absorption d'une portion de l'os. J'en ai vu un cas très-remarquable, avec M. Wishart, qui l'a publié dans le *Journal de Médecine et de Chirurgie* d'Édimbourg (dix-huitième volume, p. 393). On en trouve d'autres dans les Annales de l'Art; et dans quelques-unes de ces observations, la maladie s'est présentée avec des phénomènes de complication intéressants. Une fille de dix-neuf ans, dont a parlé M. Hill dans ses *Observations de chirurgie*, fut prise d'abord d'un engourdissement de la main gauche, qui s'étendit graduellement au bras, et s'accompagna de vomissements et de céphalalgie violente. Tout le côté gauche du corps devint paralytique au bout de deux mois; un mois plus tard, il se montra sur le côté du sommet de la tête, une

petite tumeur du volume d'un pois. On pratiqua plusieurs fois, avec la lancette et avec quelque soulagement, l'ouverture de cette tumeur, qui fournit une petite quantité de liquide. Au bout de six mois, M. Hill trouva sur l'os pariétal gauche, une petite ouverture d'environ un quart de pouce de diamètre, qui était fermée par une substance dure qui provenait des parties internes. Le trépan fut appliqué sur ce point : il fit reconnaître un abcès qui fournit quatre onces de matière. Une petite excroissance semblable à une verrue, en fermant complètement l'ouverture de l'os, avait empêché cette matière de s'échapper. Il y eut beaucoup de soulagement après l'expulsion de cet abcès; mais le cerveau fit hernie par l'ouverture, la malade s'affaiblit graduellement, et périt environ deux mois après, conservant ses facultés jusqu'aux deux derniers jours. Un épanchement considérable fut trouvé dans les ventricules; le cerveau était détruit par la suppuration, à deux pouces environ autour de l'ouverture du crâne. Il paraît que, chez le sujet de cette observation, la petite excroissance verruqueuse de la dure-mère a produit l'absorption de l'os, et donné ainsi une issue partielle à la matière épanchée. Il existe des faits dans lesquels, sans aucune cause de cette nature, un liquide déposé dans le crâne s'est ouvert lui-même une issue au travers de l'os. Aux faits de cette nature que j'ai déjà rapportés, j'en ajouterai encore un. Un homme, dont M. Turk a rapporté l'histoire dans le cahier d'avril 1819, du *Medical and Physical Journal*, fut pris d'un grand dérangement des fonctions de l'estomac, avec une douleur à la partie postérieure de la tête, que les mouvements augmentaient beaucoup; il y eut en même temps un affaiblissement de la vue et de l'ouïe, spécialement pendant les plus violents accès de douleur, dans lesquels la vue était presque perdue. Cet état dura près d'une année; il se forma alors une tumeur à la suture sagittale; cette tumeur fut ouverte, et fournit du liquide en abon-

dance. A l'examen de la plaie, on reconnut qu'il y avait une ouverture à la suture, et que le liquide venait des parties contenues dans le crâne. Cependant la plaie se ferma graduellement en peu de semaines, et dès ce moment, le malade n'éprouva plus aucun accident.

SECTION III.

DE QUELQUES AFFECTIONS DU PÉRICRANE.

Des affections de la tête, accompagnées de symptômes très-graves, et d'une nature fort obscure, proviennent quelquefois de maladies du péricrâne, qui offrent, dans leur marche, des phénomènes très-singuliers. Everard Home a rapporté des faits de ce genre [1]. Les symptômes généraux qu'ils ont présentés, ont été la céphalalgie avec différentes sensations pénibles dans la tête, une sensibilité douloureuse du péricrâne dans un point circonscrit, avec un certain degré de gonflement ou d'épaississement des téguments dans ce point. Dans un cas, la vue et l'ouïe furent considérablement diminuées, et il y eut chez plusieurs malades atteints de cette affection, des accès comme épileptiques. On traita ces malades en divisant largement les téguments et le péricrâne jusqu'à l'os, et en pansant la plaie avec de la charpie, de manière à la conduire lentement à la guérison par suppuration. On reconnut, en pratiquant cette incision, que le péricrâne avait acquis une sensibilité morbide, et qu'il était considérablement épaissi : quelquefois on l'a trouvé induré, offrant une structure presque cartilagineuse. Ce traitement a été, dans quelques cas, suivi d'un soulagement immédiat et permanent; dans d'autres, les malades sont restés sujets aux accès épileptiques, ou aux accidents

[1] *Transactions of a Society for the improvement of medical and surgical knowledge*, vol. III.

cérébraux pour la plus légère cause; quelquefois les incisions ont guéri sans aucune affection des os mis à découvert. D'autres fois, une portion de l'os s'est trouvée blanche, poreuse et multiloculaire; un liquide limpide était infiltré dans son tissu, et se renouvelait aussitôt qu'il était enlevé. Dans un des faits rapportés par Everard Home, la pièce d'os devenue poreuse, s'exfolia après l'incision, après avoir été pansée pendant six semaines avec de la charpie; la blessure guérit, et la guérison fut permanente. Une autre fois, après avoir attendu pendant deux mois l'exfoliation, on toucha l'os à plusieurs reprises avec de l'acide étendu, qui détermina son décollement; la guérison fut ensuite permanente. Sur un individu qui périt, M. Home trouva le péricrâne épaissi, formant une masse de tissu ostéofibreux. Au point correspondant à l'intérieur du crâne, il y avait un épaississement et une induration semblables de la dure-mère. Dans la plupart de ces cas, on a eu recours, sans succès, à l'emploi du mercure, qui, dans quelques-uns, a augmenté les accidents.

La maladie dont il est ici question, semble être celle que M. Crampton a décrite sous le nom de *periostitis* [1]. Parmi les observations recueillies par ce médecin, sur cette maladie, sur différentes parties du corps, on en a observé deux exemples remarquables à la tête, l'un à l'état aigu, et l'autre à l'état chronique. Le premier eut pour sujet un garçon de quatorze ans: la maladie débuta par la formation d'une tumeur douloureuse au côté droit du nez, qui s'étendit, au bout de quelques jours, aux paupières droites et au front, et s'accompagna d'un érysipèle considérable, et de fièvre. Le neuvième jour, l'enfant tomba subitement dans le coma, fut pris de convulsions, et périt le douzième jour. On trouva, à la dissection du cadavre, le péricrâne qui revêt l'os fron-

[1] *Dublin Hospital reports*, vol. 1.

tal, rouge, épaissi, et détaché de l'os : une grande quantité de matière purulente l'en séparait. Intérieurement la dure-mère était décollée dans une étendue qui correspondait à la maladie extérieure : un fluide verdâtre, puriforme, était épanché entre elle et l'os. La surface interne de la dure-mère était aussi couverte de pus; l'arachnoïde était rouge, injectée et couverte de pus, dans l'étendue de deux pouces, sur la partie correspondante au siége principal de la maladie du péricrâne [1]. L'autre observation de M. Crampton a été recueillie sur une femme de trente-deux ans, qui eut d'abord une tumeur du volume d'une noisette, sur l'os pariétal gauche. Cette tumeur, molle et élastique, fut attribuée à un coup que la malade avait reçu six mois auparavant; elle présentait une fistule par laquelle on pouvait porter un stylet jusqu'à l'os. La malade ressentait une douleur violente au côté gauche de la tête : le bras droit était amaigri et paralytique; les doigts étaient dans un état de contracture; les extrémités inférieures étaient faibles; la parole n'était plus distincte; il y avait des vomissements et de fréquents accès d'épilepsie. On divisa largement la tumeur jusqu'à l'os, et l'on trouva que le péricrâne était tuméfié, dur, fibreux; qu'il avait pris une sensibilité anormale : il formait la plus grande partie de la tumeur. L'os adjacent était rugueux et carié à sa surface; on en enleva une portion avec le trépan, et la dure-mère correspondante fut trouvée très-vasculaire et épaissie. Pendant les six jours qui suivirent cette opération, il y eut de la fièvre, un érysipèle

[1] La périostose aiguë dont M. Abercrombie rapporte ici un exemple, d'après M. Crampton, ne s'observe pas très-fréquemment; elle constitue une maladie très-grave : j'en ai moi-même rapporté deux exemples dans mon *Histoire anatomique des Inflammations*, t. 1, p. 350, § 412. Dans un de ces cas, qui eut son siége à la face, la maladie se présenta aussi sous la forme érysipélateuse, et sembla constituer la crise d'une fièvre grave. Je crois avoir fait connaître, le premier en France, cette sorte de périostose aiguë, qui se manifeste le plus souvent sur les phalanges, où elle constitue la plus fâcheuse espèce de panaris. A. N. G., *trad.*

considérable du cuir chevelu, du délire et des convulsions. La suppuration s'établit, et tous ces symptômes diminuèrent; une escharre se détacha de la dure-mère. Quinze jours après l'opération, la malade reprit l'usage de son bras, et n'eut plus aucun accident.

Cette maladie paraît s'être aussi offerte à l'observation de Tissot, qui l'a traitée de la même manière, tout en expliquant différemment les résultats de son traitement. Il parle [1], en effet, d'un malade chez lequel une douleur violente était confinée dans une très-petite étendue, à l'angle postérieur de l'os pariétal droit. Cette douleur avait résisté pendant long-temps aux moyens les plus puissants, la saignée, l'artériotomie, les exutoires profonds, les scarifications, etc. On obtint une guérison immédiate et permanente, en divisant la partie qui était le siége de la douleur, jusqu'à l'os et en favorisant la suppuration de la plaie. Tissot attribue cet heureux résultat à la section des nerfs sous-cutanés. Pouteau rapporte qu'une femme reçut un coup derrière l'oreille gauche; elle n'en ressentit immédiatement aucun accident; mais elle conserva pendant quatre ans, une douleur dans le point où elle avait été frappée. Au bout de ce temps, il survint des convulsions, de la paralysie, de la gêne dans la parole, et une longue suite d'accidents graves, qui ressemblaient quelquefois à la manie, et d'autrefois au tétanos; la douleur continuait au lieu où la contusion avait été reçue; les téguments, en ce point très-circonscrit, étaient rouges, et une très-légère pression déterminait des convulsions: tous ces accidents disparurent après une incision qui fut pratiquée jusqu'à l'os, et qu'on fit suppurer. Le même auteur parle d'un petit garçon de huit ans, qui reçut un coup au sommet de la tête, dans une chute. Il resta un sentiment de douleur permanent à ce point, et pendant dix ans

[1] *Epist. med. Vari.*

ce jeune malade fut sujet à une céphalalgie intense, qui devint enfin si violente, qu'elle le faisait tomber dans un état d'insensibilité. A l'âge de vingt-quatre ans, ce jeune homme présenta, à la partie supérieure de l'os pariétal droit, premier siége du coup et de tous les accidents qui l'avaient suivi, un point légèrement rouge et tuméfié : les cheveux, en ce point, étaient durs, et semblaient hérissés; la pression y déterminait une douleur intense. La douleur s'étendait à l'œil droit, dont la vision était obscurcie lorsque la douleur était violente, une incision profonde, prolongée sur cette partie, fit cesser tous les accidents. M. Gervais a rapporté un fait semblable, dans lequel la douleur revenait périodiquement : le malade avait un accès d'épilepsie tous les jours; le toucher, sur le point malade, produisait la syncope. On divisa les téguments et le péricrâne, et l'on trouva l'os carié; il s'exfolia, et le malade fut guéri. Valsalva a parlé d'un épaississement remarquable du péricrâne, sur un individu qui eut une céphalalgie long-temps prolongée, et parfois du délire, et à la fin des convulsions. Il y avait un épanchement séreux dans le cerveau; mais Valsalva n'a rien dit de l'état de la dure-mère et de l'os.

M. Everard Home pense que cette maladie singulière commence dans la dure-mère. M. Crampton croit qu'elle commence dans le péricrâne. Cette dernière opinion semble mieux fondée, puisque dans plusieurs des cas rapportés par Everard Home lui-même, on obtint la guérison en divisant simplement le péricrâne. Il paraît cependant que la maladie peut s'étendre progressivement à l'os et à la dure-mère.

Le fait suivant est le plus remarquable exemple de cette affection que j'aie observé.

Obs. XCIII. Une fille de vingt ans tomba à la renverse, avec un enfant dans ses bras : toute la force du coup porta

sur la partie proéminente de l'os occipital. Elle se remit aussitôt des effets immédiats de cette contusion; mais elle conserva une douleur dans cette partie. Au bout de plusieurs mois, elle eut une paraplégie avec rétention d'urine. Après trois ou quatre mois de séjour au lit, elle reprit, jusqu'à un certain point, l'usage de ses membres; mais elle conserva la rétention d'urine: elle vint à Édimbourg au commencement de 1828; il y avait plus d'un an qu'elle avait fait sa chute; la paraplégie avait presque complètement cessé; mais la rétention d'urine continuait et exigeait l'usage constant du cathéter. Sur le point de l'occipital qui avait été contus, existait une portion du diamètre d'un écu, qui était le siége d'une sensibilité très-vive. La plus légère pression sur ce point, produisait une insensibilité complète, qui continuait pendant une minute ou deux, et se renouvelait aussi souvent qu'on exerçait la pression. La malade semblait tomber alors dans l'état de syncope; cependant le pouls n'était pas dérangé. Je vis cette malade avec M. Lizars: il fut décidé qu'on ferait une incision cruciale profonde sur cette partie, et qu'on maintiendrait le plaie ouverte pour déterminer la suppuration. En pratiquant cette opération, on reconnut que le péricrâne était légèrement épaissi, et qu'il était moins dense; mais que l'os était sain. Dès le jour suivant, la malade rendit facilement son urine, et elle continua à jouir d'une bonne santé aussi long-temps que la plaie suppura; la cicatrisation s'effectua au bout d'une quinzaine, et la rétention d'urine reparut immédiatement. On fit une nouvelle incision; elle eut les mêmes résultats que la première; l'excrétion des urines se rétablit immédiatement. On eut alors recours à différents moyens pour provoquer une suppuration plus complète par la plaie; mais elle guérit au bout de deux ou trois semaines: la rétention d'urine reparut encore, ainsi que la sensibilité excessive dans la partie où le coup avait porté. On pratiqua une troi-

sième incision; elle eut encore les mêmes résultats, et l'on fit différentes applications pour provoquer l'exfoliation de l'os, comme dans les cas observés par sir Everard Home; mais ce fut encore sans succès : la plaie guérit en trois ou quatre semaines. Les accès d'insensibilité déterminés par la pression se reproduisirent alors; ils n'étaient pas revenus après les premières incisions : la rétention d'urine se manifesta de nouveau.

On a depuis lors répété les incisions, toujours avec les mêmes résultats. Le seul changement qu'on ait pu obtenir dans la santé de cette fille, c'est qu'elle n'est plus frappée d'insensibilité lorsqu'on comprime la partie malade, et que l'effet avantageux des incisions est plus prolongé. Elle est quelquefois pendant plusieurs semaines sans rétention d'urine, après la guérison des plaies des incisions; elle a même été une fois dans un état de santé parfaite pendant trois mois [1].

[1] Cette observation est des plus intéressantes qu'on connaisse; il est probable qu'il n'existait chez cette fille aucune lésion cérébrale profonde; et ce fait montre l'influence que peut exercer sur tout le système nerveux, la maladie d'une de ses parties, même très-circonscrite, située, il est vrai, au voisinage de l'origine commune des nerfs.

En réfléchissant aux connexions nerveuses, on serait conduit, dans un cas de cette espèce, à pratiquer une opération dont il est regrettable que l'idée ne soit pas venue à M. Abercrombie. Cette opération consisterait à cerner toute la partie douloureuse par des incisions, et à détacher ensuite le lambeau de cuir chevelu qui la revêt, de manière à ne le laisser communiquer avec les parties voisines que par une base étroite. Ce lambeau serait immédiatement réappliqué; aussitôt qu'il serait redevenu adhérent aux parties profondes et environnantes, on couperait sa base; de cette manière, il ne resterait plus entre la partie qui paraît être le foyer des irradiations nerveuses et le reste du corps d'autres communications que par des cicatrices; comme il est douteux que les nerfs se cicatrisent de manière à ce que la continuité de leur influence s'exerce au travers de la cicatrice, et qu'il est d'ailleurs démontré que si cette continuité se rétablit, cela n'arrive au moins que lentement et progressivement, on pourrait espérer d'obtenir ainsi une guérison solide.

A. N. G., *trad.*

DEUXIÈME PARTIE.

DES APOPLEXIES.

L'ÉTAT morbide particulier que l'on désigne sous le nom de coma ou d'*oppression du cerveau*, paraît, d'après les observations précédemment rapportées, se lier à diverses conditions morbides de l'encéphale, très - différentes par leur nature. Nous l'avons vu coïncider avec un épanchement encéphalique considérable, ou exister sans aucune trace d'extravasation de liquide, de même que nous avons vu des épanchements cérébraux, et une destruction étendue du tissu du cerveau, exister sans coma. Nous avons remarqué la même absence d'uniformité, par rapport à toutes les autres conditions morbides qui ont été l'objet des observations que nous avons déjà rapportées; si d'après cela, l'on nous demandait avant tout, quels sont les états du cerveau qui produisent le coma, il faudrait répondre qu'il est encore impossible de le savoir. Il ne faut cependant pas s'arrêter à un simple aveu de notre ignorance sur ce point; il vaut mieux considérer les limites de nos connaissances à cet égard comme un point de départ pour de nouvelles recherches. Mettons donc de côté, dans ces investigations, toutes les idées théoriques que l'on admet trop souvent comme des principes établis, et restons dans les étroites limites de l'observation des phénomènes morbides.

En rapprochant sous le titre d'apoplexies, les faits qui en ont présenté les caractères, on ne trouve pas plus de rapports entre les phénomènes morbides et les désordres cérébraux qu'on n'en rencontre dans les inflammations encé-

phaliques. Un individu en parfaite santé tombe subitement frappé sans parole et sans mouvement, et périt après être resté quelque temps dans le coma; à la dissection de son cadavre, on trouve un volumineux caillot de sang comprimant la surface du cerveau, ou remplissant les ventricules [1]. Ici les phénomènes morbides semblent clairement expliqués : mais un autre individu est frappé avec les mêmes symptômes; on s'attend à trouver les mêmes désordres dans le cerveau, on n'y rencontre qu'un épanchement de sérosité, même peu considérable, dans les ventricules ou seulement à la surface du cerveau. Une troisième personne est frappée de la même manière, et périt après être restée, pendant un temps assez long, dans un état de coma que rien ne peut suspendre, même pour un instant; l'examen le plus attentif ne peut faire trouver dans le cerveau, la plus légère altération morbide. Les faits de ce genre n'ont point échappé à l'observation des médecins, à diverses époques; on a reconnu la difficulté d'en accorder les conséquences avec l'ancienne doctrine de la compression du cerveau. Aussi, a-t-on adopté beaucoup d'explications sur ces faits, dans lesquels la dissection ne révèle aucune apparence de maladie, ou au moins aucun désordre qui puisse rendre raison des phénomènes

[1] C'est donner une véritable définition de l'apoplexie, que de réunir ainsi les principaux caractères de cette maladie : rapprochons de cette définition, celle que les anciens en ont tracée; elle se trouve dans l'étymologie du nom qu'ils ont imposé à cette maladie. Ἀποπληξία, ἀπόπληξις, ἀποπληκτικὸν νόσημα, ἀπὸ του αποπληκτον, *nominatur, quod qui eo morbo corripitur, velut ictu fulminis aut sydere percussus, repente corruat; inde syderatio* Scribonio Largo, *et syderati, qui hoc morbo perculsi. Ictus fulminis* Celso, *ictus sanguinis* Eutropio *et* Sexto Victori (*Salmas., not. in Capitol. p.* 87), *per quem scilicet impetu ruentis sanguinis et vitales vias obstruentis momento quis eripitur et suffocatur.* Celso *dicitur morbus attonitus, attoniti quorum corpus et mens stupet. Idem suo tempore, paralysim etiam hunc affectum, appellatum tradit* (Celsus, lib. 3, 26).

Dans ces définitions si précises, se trouvent les deux idées capitales qui forment, l'une, le caractère physiologique de la maladie : la suspension subite des fonctions encéphaliques; et l'autre, son caractère étiologique; la fluxion et la congestion sanguine cérébrales. A. N. G., *trad.*

morbides. Willis, après avoir recueilli un fait remarquable de cette espèce, suppose que les esprits animaux ont été subitement éteints ou suffoqués par certaines particules malignes ou narcotiques [1]. Seelmatter attribue cette affection à un relâchement subit des nerfs; Nicolaï, à un spasme des

[1] L'observation qui a conduit Willis à disserter sur la cause des apoplexies, dans lesquelles aucun désordre encéphalique ne rend compte, après la mort, des accidents qui l'ont précédée et déterminée, est d'un très-grand intérêt, et par elle-même, et par le soin avec lequel on a procédé à l'ouverture du cadavre. La voici textuellement.

« Un ecclésiastique fort replet et valétudinaire, qui avait le cou court, fut attaqué d'une cacochymie considérable et scorbutique, accompagnée d'une difficulté de respirer, de maux et de pesanteur de tête, et d'un engourdissement extraordinaire dans les membres; il était incapable de prendre aucun exercice ou de s'occuper à quelque chose que ce fût : tout ce qu'il pouvait faire, c'était de passer tous les jours de sa chambre dans sa chapelle. Un jour qu'il s'y était rendu, un peu avant que les prières commençassent, et qu'il se fût mis à genoux, il fut frappé d'une apoplexie qui le priva de la parole et du sentiment : il tomba étendu par terre; on le releva sur-le-champ, on le déshabilla, et on le mit chaudement dans son lit. Cependant, je fus appelé auprès de lui avec quelques autres médecins : nous le trouvâmes alors sans sentiment, sans pouls et sans respiration; mais il avait encore tous les membres froids et roides, et quels que fussent les soins que nous prîmes et les remèdes que nous ordonnâmes, nous ne pûmes jamais parvenir à lui rendre la chaleur et la vie, d'où nous conclûmes que l'accès avait été si violent que les pulsations du cœur et le mouvement du sang avaient été brusquement arrêtés. Le lendemain nous fîmes l'ouverture de son cadavre, qui était encore devenu plus roide dans l'intervalle de temps qui s'était écoulé depuis la mort. L'accès avait été si furieux, et la mort si prompte, que nous n'eûmes aucun soupçon qu'il y eût dans le cerveau quelque trace remarquable de la maladie; aussi ne nous trompâmes-nous pas; nous ne remarquâmes rien de considérable ni d'extraordinaire dans les parties contenues dans le crâne. Les vaisseaux qui sont répandus sur la dure-mère étaient remplis de la petite quantité de sang qu'ils doivent contenir, et il n'y avait aucune apparence d'extravasation ou d'inflammation; le cerveau, le cervelet, la moëlle allongée avec toutes leurs productions et toutes leurs protubérances, nous parurent sains et naturellement colorés, tant à l'intérieur qu'à l'extérieur; aucun épanchement, soit de sang, soit de sérosité, dans leurs parois ou dans leurs cavités; aucun amas de matière dans les grands ventricules; rien à reprendre dans les plexus-choroïdes, soit au-dedans du cerveau, soit derrière le cervelet, en sorte que telle était la finesse et la subtilité de la matière morbifique

méninges; et Lecat, et Weikard, la font consister dans un spasme des nerfs et des vaisseaux du cerveau. Kortum entreprend de concilier les opinions divergentes de ses prédécesseurs, en rapportant tous ces cas à une nouvelle espèce d'apoplexie, qu'il appelle *apoplexie nerveuse*[1]. D'après le

dont ces parties avaient été attaquées, que, pareille aux esprits animaux, ses effets étaient constants, sans qu'on pût s'assurer par les sens de son existence : nous ne conclûmes qu'elle existait, que parce qu'elle avait agi. Pour reconnaître si cette matière ne séjournait point ailleurs, après avoir soigneusement examiné les différentes parties du cerveau, nous descendîmes à la poitrine, où nous trouvâmes les poumons décolorés et distendus par une sérosité écumeuse; ceci était bien assez pour nous rendre raison de la difficulté de respirer; mais le cœur était sain, entier, sans le moindre vestige d'obstructions ou de concrétions polypeuses; nous n'aperçûmes dans les parties adjacentes, ni dans les viscères circonvoisins, ni abcès, ni apostèmes dont le contact ou les exhalaisons eussent pu, en quelque manière, opprimer le cœur et arrêter la respiration. » (Willigs, *de Animâ brut.*, part. II, cap. 8, p. 276.)

A. N. G., *trad.*

[1] La dénomination d'apoplexie nerveuse n'a point été donnée par tous les écrivains à l'apoplexie, existant indépendamment de toute lésion encéphalique apercevable. Plusieurs auteurs, même modernes, ont appelé apoplexie nerveuse l'apoplexie avec un épanchement sanguin ou séreux encéphalique, lorsqu'ils supposent qu'elle a été le résultat d'un état nerveux. Cette doctrine se trouve développée dans une monographie récente de Zulianus sur l'apoplexie nerveuse : « *De ea nempe apoplexia quæ ex spasmo exoritur, et ex vi quadam morbosa sin minus in nervos unice, in eos saltem primario sæviente. Plerique forte dum ea legant, quæ sum dicturus de iis apoplexiis, quas ad nervosam revoco, aliquam asserunt sanguineam esse, aliquam verò serosam : haud ego quidem valde obstabo, dummodo nervos fateantur causam morbi proximam aut hanc eandem efficientem putent, ideoque medendi rationem aliquo modo diversam adhibendam esse.* »

Le plus grand nombre des auteurs qui ont admis une apoplexie nerveuse, se réunissent pour donner ce nom à une apoplexie dans laquelle l'organe encéphalique ne présente aucune trace de lésion apercevable après la mort : « *Velut si cum anima causa quoque morbi fugisset* », a dit Quarin. « *Admiratione dignum* », écrivaient les médecins de Breslaw sur cette maladie, *nulla evidens apoplexiæ causa in defunctorum corpore post mortem deprehendatur.*

Hildebrand regarde l'apoplexie nerveuse comme une cause de mort commune dans le typhus contagieux. « L'apoplexie nerveuse, dit-il, a lieu

même principe, on a établi d'autres espèces d'apoplexies, auxquelles on a rapporté ces cas inexplicables et obscurs, telles que l'apoplexie convulsive, et l'apoplexie hystérique de Borsieri, de Tissot et d'autres auteurs. Ce dernier écrivain a recueilli l'histoire d'une femme qui, après s'être plainte pendant quelque temps de la tête, fut attaquée d'une vive et subite douleur avec perte de sommeil, et qui périt en peu de temps. On ne put trouver à la dissection aucune trace de désordre morbide. Le même auteur parle aussi d'une jeune fille qui eut une frayeur lorsqu'elle avait ses règles; le flux menstruel s'arrêta, et cette fille devint sujette à de fréquentes lipothymies. Ces accidents et divers autres symptômes qui vinrent s'y joindre, durèrent plusieurs mois; la malade tomba alors dans un profond assoupissement dont rien ne put la tirer, et qui continua quatre jours. Elle en sortit alors, et sembla bien rétablie pendant plusieurs jours, au bout desquels il se manifesta une violente céphalalgie, de l'anxiété et des convulsions qui se terminèrent par la mort. Aucune trace de lésion morbide ne put être reconnue dans aucun viscère [1].

Lecat a attaché beaucoup d'importance à un fait qu'il a recueilli, dans lequel, après une apoplexie devenue fu-

» sans la compression de la part des fluides ou la présence de tout autre » corps sur l'origine des nerfs, mais seulement par un relâchement subit » du système nerveux, et est le genre de mort le plus fréquent des ty» phus. » (*Traité du Typhus*, trad. par Gasc, p. 171.)

L'existence de l'apoplexie nerveuse, c'est-à-dire d'une suspension plus ou moins complète des fonctions cérébrales, sans aucune altération de texture du cerveau, est importante à constater; car elle suffit pour montrer, contradictoirement aux doctrines assez généralement adoptées aujourd'hui, que les fonctions d'un organe peuvent être altérées ou suspendues, sans qu'il y ait, d'ailleurs, aucune lésion évidente dans la texture de cet organe. A. N. G., *trad.*

[1] Ces deux observations de Tissot se trouvent dans sa lettre à Haller sur l'apoplexie et l'hydropisie, ouvrage extrêmement remarquable par les vues pratiques qu'il contient, et qui a été traduit en français par Vicat.
A. N. G., *trad.*

neste, il ne rencontra de lésion morbide qu'une petite quantité de sang extravasé qui n'excédait pas une cuillerée à café. Cette hémorrhagie, suivant lui, ne pouvait expliquer la maladie par la pression exercée par le sang extravasé; il la considère comme un effet plutôt que comme une cause d'un spasme des vaisseaux, qu'il regarde comme la cause prochaine de l'apoplexie. Cette hypothèse fut loin de satisfaire ses contemporains, qui présentèrent diverses explications pour rendre raison de cette forme de la maladie. Des médecins soutinrent que la substance médullaire du cerveau est plus sensible à la compression que la substance cendrée; l'opinion la plus généralement adoptée fut qu'il est certaines parties du cerveau où, par la gêne qu'elles apportent à la circulation des esprits animaux, les plus légères causes de compression peuvent déterminer les accidents les plus graves. Cette interprétation du fait fut l'origine d'une longue controverse sur l'origine et les progrès de ces esprits animaux, et sur les voies par lesquelles ils émanent du cerveau. L'un assignait cette importante fonction à l'aquéduc de Sylvius; l'autre, au quatrième ventricule; un troisième, à l'infundibulum; un quatrième, au plexus choroïde et au sinus droit; on supposait que l'apoplexie était produite par les causes les plus légères existant dans ces points, et même par des causes tellement légères qu'elles se soustraient d'ailleurs à l'observation. Toutes ces nombreuses et diverses opinions spéculatives montrent la grande difficulté d'expliquer l'apoplexie, et apprennent ce fait important, que l'observation a démontré, qu'il y a des apoplexies qui deviennent fatales sans laisser aucune altération morbide, ou en ne laissant que des traces si légères, qu'elles ne peuvent d'ailleurs rendre un compte satisfaisant de la maladie [1].

[1] Il résulte, des distinctions que vient d'établir M. Abercrombie, que ceux qui n'ont admis d'apoplexie que par la présence d'une lésion cérébrale organique, et le plus souvent par la présence d'une certaine quan-

L'explication la plus simple de l'état apoplectique se trouve dans les cas où il est distinctement le résultat d'une cause externe, et où il cesse lorsque cette cause est enlevée. Un petit garçon dont parle Zitzilius s'était fortement

tité de sang extravasé dans quelques points de l'encéphale, n'ont tenu compte que d'un seul ordre de faits. La dénomination d'hémorrhagie cérébrale, par laquelle certains médecins remplacent celle d'apoplexie, n'est donc rien moins que conforme à l'observation. Si la présence de phénomènes apoplectiques ne suppose nécessairement ni congestion, ni hémorrhagie encéphalique, la présence d'une hémorrhagie encéphalique n'est point aussi nécessairement suivie de symptômes apoplectiques, ni même paralytiques. Le fait suivant le démontre.

Obs. XCIII (*bis*). Dunême, serrurier, âgé de quarante-deux ans, fut admis, le 27 janvier 1832, dans mon service, à l'Hôtel-Dieu de Paris. Cet homme était, depuis deux mois, pris fréquemment d'accès d'épilepsie, qu'un mois de séjour à l'hôpital de la Pitié a diminués, mais n'a point fait cesser : il entre à l'Hôtel-Dieu, pour obtenir la guérison de cette maladie. En examinant cet homme, d'une assez forte constitution, toute l'attention se porte sur le cerveau ; les facultés intellectuelles ne sont nullement troublées, et le rapport du malade et de ses voisins peut seul nous avertir de ses accès d'épilepsie. Sous l'influence de deux émissions sanguines et de l'emploi de la poudre de valériane, les accès diminuèrent, le malade disait même ne plus en ressentir ; mais ses voisins nous assurèrent que, pendant le sommeil, le malade avait des attaques dont il n'avait pas conscience, puisqu'il ne les accusait pas ; du reste, cet homme conservait un bon appétit, les digestions se faisaient bien, la respiration était libre, et le pouls, nullement fréquent, ne présentait ni irrégularités ni intermittences. J'ordonnai d'établir un séton à la nuque, toujours dans le but de calmer les attaques d'épilepsie. Quelques jours après l'application de cet exutoire, qui n'avait amené aucune amélioration, Dunême trouve sa respiration un peu difficile. Le thorax percuté donne un son clair et naturel, l'auscultation ne fait entendre qu'un léger râle sibilant (vésicatoire de 6 pouces de diamètre entre les deux épaules). Le malade n'est pas soulagé, et dans les premiers jours de mars, la suffocation augmente, le pouls s'accélère, les accès d'épilepsie deviennent plus fréquents : l'auscultation fait entendre le même râle sibilant que quelques jours auparavant ; mais les battements du cœur sont plus forts et plus étendus qu'ils ne sont à l'état normal. Ces battements tumultueux sont accompagnés d'un léger bruit de frottement, qui ferait croire à l'existence d'une lésion des valvules de l'aorte, ou à une inflammation de ce tronc artériel. Cependant ce bruit de frottement ne s'entend pas dans les artères : la percussion sur la région du cœur,

serré le cou avec sa cravate; il fouettait une toupie, et se relevait et se baissait alternativement, lorsqu'au bout de quelques instants il tomba apoplectique. On dénoua sa cravate, on tira du sang de la veine jugulaire, et l'enfant

nous donne un son mat dans une plus grande étendue qu'à l'état normal. On diagnostique une hypertrophie avec dilatation du ventricule gauche, avec affection des valvules signoïdes de l'aorte, ou inflammation de ce vaisseau. Ces symptômes se montrèrent tels pendant peu de jours; mais, enfin, la respiration devint plus difficile, le bruit du cœur fut plus fort, le pouls irrégulier. Le malade, le 8 mars, tomba dans une grande faiblesse, et le 9 il expira.

Cet homme me décrivait ainsi ses accès : « J'ai été pris subitement d'une sorte d'étourdissement qui me met hors d'état de me tenir debout; je m'appuie alors sur le mur voisin, et je tombe sans connaissance ; je reste sans mouvement pendant quelques instants, et je reviens à moi. »

Un jour, à la visite du soir, il me dit : « Je reste au lit, parce que je sens ma tête embarrassée, et que je ne pourrais me tenir debout ; je sens que mon accès va venir. » Ses accès de la nuit s'annoncent par des cris qui avertissent ses voisins de lit. Il a quelques moments convulsifs, et ne se réveille pas. Ce sont les voisins, et quelquefois un sentiment de courbature, qui l'avertissent qu'il a eu un accès la nuit. Il n'a absolument aucune trace de paralysie, ni de contracture, ni de douleur dans les membres. Les facultés intellectuelles sont restées entières jusqu'à la fin de la vie.

Ouverture du cadavre, pratiquée vingt-quatre heures après la mort. — Le ventricule gauche du cœur est hypertrophié et dilaté, il a le double du volume ordinaire; l'épaisseur de la cloison et des parois des ventricules est d'environ dix lignes. Les valvules de l'aorte sont ossifiées, mais ce vaisseau est sain ; la valvule mitrale est saine. Le ventricule droit est rempli par deux caillots qui sont décolorés : l'oreillette droite, qui se trouve dilatée, est remplie par un caillot de même couleur et de même consistance ; il en est de même de l'oreillette gauche, mais le caillot est moins ferme que celui que contient l'oreillette droite.

Après avoir enlevé la boîte osseuse, on voit, sur la partie antérieure, supérieure et interne du lobe postérieur gauche du cerveau, dans l'étendue d'un pouce et demi de long, en se prolongeant à deux pouces de profondeur, le long de la faux du cerveau, on voit, dis-je, une infiltration de sang noir, au-dessous de l'arachnoïde, dans l'épaisseur de la pie-mère. Sous cette plaque, dans l'épaisseur, du lobe postérieur à la partie antérieure et supérieure, et du lobe moyen à la partie supérieure et postérieure, se trouve un caillot noir, du volume d'une noix, grumeleux, rougeâtre, ramolli et désorganisé. La substance cérébrale, dans l'épaisseur

se rétablit immédiatement. La strangulation, lorsque la colonne cervicale n'est pas disloquée, semble n'être qu'une apoplexie simple. Un homme apporté à Sauvages, après avoir subi le supplice de la strangulation, fut rétabli par trois saignées; il parla et se leva; la respiration et la déglutition s'exécutaient comme dans l'état naturel. Quelques instants après, la partie du cou où la corde avait été appliquée commença à se gonfler au point que la circulation des veines du cou fut gênée. Cet homme tomba alors dans l'assoupissement, le pouls et la respiration se ralentirent sans qu'il se manifestât de dyspnée; il périt apoplectique au bout de quelques heures. Wepfer a rapporté l'histoire d'une femme qui fut rétablie par le même traitement, après le supplice de la strangulation; mais elle resta pendant quelque temps affectée de vertiges qui cessèrent graduellement. Il nous serait facile de joindre à ces faits des exemples nombreux d'attaques subites d'apoplexie complète, qui ont cessé rapidement sous l'influence d'un traitement approprié, sans laisser aucune trace des accidents si effrayants de cette maladie.

On peut croire que ces attaques d'apoplexie dépendent d'une cause dont l'action est limitée au système circulatoire cérébral, dans lequel elle détermine la nature de ce dérangement qui se manifeste et qui disparaît avec la même rapidité. Il serait très-difficile de déterminer la nature de ce dérangement; nous n'avons même peut-être pas de données qui nous permettent de tirer des inductions fondées. On peut sur ce point donner des explications d'un très-grand intérêt, mais il faut avouer qu'elles sont presque

de quatre à cinq lignes, est jaunâtre, piquetée, plus dense que dans l'état normal, à l'exception cependant de la couche qui était en contact avec le caillot : celle-ci était ramollie. On n'a trouvé aucune trace d'existence d'un kyste. La substance de l'hémisphère droit était un peu sablée.

A. N. G., *trad.*

complètement hypothétiques, et que leur application aux phénomènes de l'apoplexie est aussi elle-même très-conjecturale. Ces explications sont sans doute dignes d'attention; mais elles doivent êtres considérées comme distinctes des objets sur lesquels nous dirigeons nos recherches. Nous allons commencer par tracer un tableau général des principales variétés de symptômes qui se présentent dans les attaques d'apoplexie.

Une attaque d'apoplexie est généralement précédée de symptômes qui indiquent un dérangement dans la circulation encéphalique. Les plus remarquables de ces prodromes sont les suivants : céphalalgie, étourdissements, sensation de pesanteur et de plénitude dans la tête, battements violents des artères, bourdonnements dans les oreilles. Ces symptômes sont souvent joints à l'épistaxis, qui est suivie d'un soulagement incomplet et temporaire. On observe aussi un affaiblissement de la mémoire, et le malade tient des propos incohérents comme dans un assoupissement léger. La vue est aussi troublée; les malades voient les objets doubles [1], et deviennent quelquefois temporairement aveugles. Il y a de la tendance à l'assoupissement et à la léthargie. Nous avons fréquemment aussi observé comme prodromes des attaques d'apoplexie, de la gêne dans la parole, et d'autres affections paralytiques partielles. Ces derniers accidents sont quelquefois confinés à un seul membre; quelquefois ils n'affectent que les paupières, et déterminent l'impossibilité, soit d'ouvrir, soit de fermer un œil; très-fréquemment aussi cette paralysie occupe les

[1] L'amblyopie sans aucun dérangement dans le parallélisme des axes oculaires, n'est pas un des prodromes les plus fréquents de l'apoplexie; mais c'est un de ceux qui annoncent le plus sûrement l'imminence d'une attaque; et qui, à ce titre, doit fixer l'attention du praticien. Ce signe a d'autant plus de valeur, qu'il n'est guère le prodrome que d'une attaque d'apoplexie ou d'une attaque d'amaurose, maladie si semblable à l'apoplexie quand elle se manifeste subitement. A. N. G., *trad.*

muscles de la face, et produit une légère distorsion de la bouche. Ces symptômes et d'autres semblables, indiquent la tendance à l'apoplexie, et se montrent souvent pendant un temps considérable avant qu'il survienne une attaque [1]; quant à celle-ci, elle se manifeste sous trois formes distinctes, qu'il est important de distinguer l'une de l'autre.

I. Si l'attaque d'apoplexie se montre sous la première forme, le malade est subitement frappé, et privé de sentiment et de mouvement; il est réduit à l'état d'une personne qui est plongée dans un profond sommeil. La face est généralement injectée; la respiration stertoreuse; le pouls plein, sans fréquence, et quelquefois au-dessous de son rhythme naturel. Dans quelques cas, il se manifeste des convulsions ou une contraction des muscles des extrémités, qui est quelquefois limitée aux muscles d'une moitié du corps, tandis que ceux du côté opposé sont dans le

[1] Je ne connais point de description des prodromes de l'apoplexie, plus vraie et mieux tracée que celle qu'a donnée Dioclès de Caryste dans sa lettre à Antigonus; la voici : « *Cum igitur quid morbi caput læsurum est, hæc portenta solent magna ex parte præcedere : vertigo, dolor capitis, superciliorum gravedo, murmur aurium, stimulatio temporum, oculi matutino tempore lacrymant et caligant, odoratus hebetatur, dentium gengivæ attolluntur. Ergo cum ejusmodi quiddam præsenseris, caput confestim evacuandum ducito.* » (*De tuenda sanitate, ad Antigon. Reg. interp.* Albano Torino, *Basil.* 1541; *in-f.*)

Dioclès ne séparait pas, comme on le voit, les prodromes de l'apoplexie de ceux de toute autre maladie encéphalique. C'est qu'il avait sans doute reconnu que ces prodromes étaient communs à toutes les maladies du cerveau, qui exigent les évacuations sanguines; aussi tirait-il, de l'existence de ces symptômes précurseurs, l'indication positive de pratiquer des évacuations sanguines vers la tête. Les progrès de la médecine n'ont rien ajouté à ces résultats de l'observation, si bien présentés; ce n'est pas d'ailleurs pour les maladies cérébrales seulement, mais c'est pour presque toutes les maladies qu'il n'est pas douteux que les anciens étaient aussi avancés que nous en ce qui concerne les descriptions des phénomènes morbides. A. N. G., *trad.*

relâchement. Dans cet état de stupeur profonde, la mort peut survenir après un temps qui varie de quelques instants à plusieurs jours, ou le malade peut se rétablir complètement sans aucune trace de son attaque, ou le coma peut disparaître et laisser une paralysie d'un côté du corps. Cette paralysie, à son tour, peut disparaître en quelques jours, ou cesser graduellement, ou rester permanente. D'autres fonctions peuvent être affectées de la même manière : ainsi la parole revient rapidement ou graduellement, ou reste absolument perdue; la perte de la vue persiste quelquefois après une attaque d'apoplexie.

II. Dans la deuxième forme sous laquelle peut se manifester l'apoplexie, l'invasion se fait par une céphalalgie subite; le malade devient pâle, languissant, abattu; il survient en général des vomissements, et fréquemment, quoique non dans tous les cas, le malade tombe dans un état qui ressemble à la syncope, avec pâleur de la face, faiblesse extrême du pouls et froid général. A ces accidents se joignent quelquefois de légères convulsions; le malade n'est pas toujours renversé; l'attaque subite de douleur n'est accompagnée que d'une perte subite et passagère de mémoire. Dans les deux cas, les premiers accidents de l'attaque ne durent que quelques minutes; le malade conserve toute sa sensibilité, et garde la faculté de marcher; mais la céphalalgie ne cesse pas. Après un certain intervalle, qui peut varier de quelques minutes à plusieurs heures, l'accablement commence, la mémoire s'éteint; il se manifeste de l'incohérence dans les idées; le malade tombe dans le coma pour n'en plus sortir : un côté du corps est quelquefois alors frappé de paralysie; mais d'autres fois, et, je pense, le plus souvent, il ne se manifeste aucune paralysie.

III. Dans la troisième forme de l'apoplexie, le malade

est subitement paralysé d'un côté du corps, et perd la parole sans stupeur; si ce dernier phénomène se manifeste à un certain degré de l'invasion, il disparaît rapidement; le malade semble connaître sa situation; il essaie de communiquer ses sensations par signes. On observe de nombreuses variétés dans les progrès ultérieurs de cette forme de la maladie. Quelquefois les accidents prennent graduellement les caractères apoplectiques dans l'espace de quelques heures : d'autres fois le malade se rétablit promptement et entièrement par un traitement convenable. Il arrive aussi que la diminution des accidents se fait d'une manière graduelle, en sorte qu'ils n'ont tout-à-fait disparu qu'au bout de plusieurs semaines ou de plusieurs mois. D'autres malades ne se rétablissent que jusqu'au point de parler, mais indistinctement, et de marcher en traînant péniblement la jambe : il n'y a plus ensuite d'amélioration dans leur état, ils y restent d'ailleurs pendant plusieurs années, et sont enlevés par une nouvelle attaque, ou quelquefois périssent d'une autre maladie, sans aucun retour d'accidents encéphaliques. Dans une cinquième variété de cette affection, le malade ne se rétablit pas, et ne devient cependant pas apoplectique; il reste confiné au lit, paralytique, et privé de la parole, mais conservant ses autres facultés; il périt graduellement épuisé, sans attaque d'apoplexie, plusieurs semaines ou plusieurs mois après l'invasion.

Les trois formes d'apoplexie que nous venons de décrire, se succèdent fréquemment l'une à l'autre; souvent même elles sont réunies avec les caractères que nous venons de leur assigner; elles constituent alors des formes de maladies qui diffèrent remarquablement l'une de l'autre. La division en trois classes, d'après les trois formes décrites, nous semble cependant la plus naturelle. La première compren-

dra les affections qui sont immédiatement et primitivement apoplectiques; la deuxième, celles qui débutent par une attaque subite de céphalalgie, et qui passent graduellement à l'état d'apoplexie; la troisième, enfin, celles qui sont caractérisées par la paralysie et la perte de la parole sans coma.

SECTION PREMIÈRE.

DES AFFECTIONS QUI ONT PRIMITIVEMENT LA FORME APOPLECTIQUE. — APOPLEXIE SIMPLE.

L'attaque d'apoplexie est une privation subite des sensations et du mouvement. Le malade est renversé dans un état semblable à celui d'un sommeil profond ; la face est en général enluminée, et la respiration stertoreuse. Les circonstances qui méritent une attention particulière dans la marche ultérieure de la maladie sont les suivantes :

I. Dans plusieurs cas, les malades se rétablissent promptement et complètement;

II. D'autres fois, la maladie est rapidement funeste, et l'on trouve à l'examen du cadavre un épanchement de sang considérable dans la tête;

III. Dans d'autres cas, qui se terminent aussi par la mort, qui arrive en général après un intervalle plus considérable, on ne trouve qu'un épanchement de sérosité, souvent en quantité peu considérable, dans le cerveau;

IV. On ne trouve quelquefois, à l'examen le plus attentif des corps de ceux qui ont péri par cette maladie, aucune trace de lésion encéphalique quelconque.

Sous le point de vue de sa nature, l'apoplexie peut être divisée en trois espèces : 1° apoplexie avec extravasation de sang; 2° apoplexie avec épanchement de sérosité;

3° apoplexie sans aucune apparence morbide, que je propose d'appeler *apoplexie simple*. Cette dernière espèce d'apoplexie ouvre une porte aux théories les plus intéressantes; car les phénomènes morbides mettent hors de doute ce fait important, qu'il est une forme d'apoplexie qui dépend d'une cause de nature fugace, qui ne produit aucune altération évidente dans la substance cérébrale; que la condition morbide de cette attaque peut cesser presque aussitôt qu'elle a été établie, et qu'elle peut devenir funeste sans laisser aucune trace évidente de maladie dans le cerveau.

L'extravasation de sang étendue que nous avons considérée comme une des terminaisons de l'attaque d'apoplexie, n'est réellement pas la terminaison commune des affections qui sont immédiatement et primitivement apoplectiques. Cette terminaison appartient en général plutôt à cette autre espèce qui commence par une attaque subite de céphalalgie violente, et qui passe graduellement à l'état de coma. Cette espèce d'apoplexie, dont j'ai parlé, sera décrite plus loin. Nous ne traiterons, dans cette section, que des deux autres formes de la maladie, qui semblent étroitement liées l'une à l'autre; savoir: l'apoplexie sans aucune apparence de lésion morbide dans le cerveau, et l'apoplexie par épanchement de sérosité.

§ I. *Apoplexie sans aucune apparence de lésion morbide encéphalique, ou apoplexie simple.*

Lorsqu'une personne qui jouissait d'une parfaite santé tombe subitement privée de sentiment et de mouvement, et périt après être restée un certain temps dans l'état d'apoplexie; si, à la dissection du cadavre, on ne peut découvrir dans le cerveau aucune altération de sa structure naturelle propre à rendre raison des accidents, la mort a été le résul-

tat d'un état morbide que je propose d'appeler *apoplexie simple.* Je ne veux pour le moment me livrer à aucune explication sur la nature de cette maladie remarquable; je vais me contenter de présenter des faits pour établir l'existence de cette malade du cerveau, qui suffit pour donner la mort.

Obs. XCIV. Une femme âgée d'environ trente ans, replète, avait été affectée, quelques années auparavant, de symptômes encéphaliques, avec gêne dans la parole, et perte partielle de la mémoire. Elle avait conservé, pendant un temps considérable, quelques restes de cette attaque, consistant principalement dans la gêne de la parole; mais elle s'était complètement rétablie par degrés, et elle jouissait depuis long-temps d'une santé excellente, lorsqu'elle fut atteinte par l'attaque que nous allons décrire. Elle était debout auprès d'un cuvier à lessive, lorsqu'elle fut prise d'un violent accès d'éternuement; elle fut presque immé diatement frappée de perte de sentiment, et elle serait tombée si elle n'eût été retenue par des personnes qui l'entouraient, qui la portèrent dans son lit dans un état d'apoplexie complète. On eut recours à tous les remèdes ordinaires de la manière la plus active, sans obtenir la plus légère diminution des accidents : cette femme resta avec tous les symptômes de l'apoplexie la plus complète, et périt le lendemain. On ne put trouver, à l'ouverture de son cadavre, la plus légère trace de maladie, soit dans le cerveau, soit dans tout autre organe.

Obs. XCV. Un jeune homme de vingt-quatre ans était, depuis quelques jours, lourd et assoupi, et se plaignait fréquemment de la tête : il ne descendit pas de sa chambre le matin à son ordinaire; ses parents y entrèrent, et le trouvèrent couché en travers de son lit, à demi-habillé, et dans un état d'apoplexie complète. L'attaque était évidem-

ment récente : on supposa qu'il avait été frappé pendant qu'il faisait sa toilette. La face était livide, la respiration stertoreuse, le pouls lent et assez résistant. On employa avec activité les moyens ordinaires, sans qu'il en résultât pendant toute la journée aucun changement dans les symptômes : il y eut dans la nuit suivante une amélioration considérable, au point qu'il reconnut ceux qui l'entouraient; mais il ne tarda pas à retomber dans le coma, et il périt de bonne heure le jour suivant, un peu plus de vingt heures après l'attaque.

Ouverture du cadavre. — Il existait une légère turgescence des vaisseaux de la surface du cerveau : l'examen le plus attentif ne fit reconnaître aucune autre trace de maladie, ni dans la tête, ni dans toutes les autres parties du corps.

Je dois l'importante observation qui va suivre, à mon ami le docteur Duncan.

Obs. XCVI. Un homme de cinquante-quatre ans, pléthorique, au cou court, fut admis dans les salles de clinique du docteur Duncan, le 30 mai 1829. Il était dans un état de coma presque complet, sans parole, et si complètement paralysé du côté droit du corps, que même les muscles abdominaux de ce côté étaient sans action. Le bras et la jambe gauches étaient parfois agités de mouvements convulsifs : la respiration était stertoreuse; la déglutition était fort gênée; le pouls donnait soixante-quatorze pulsations. Cette maladie durait depuis trois jours; elle avait commencé par des vertiges, la perte de la vue, une céphalalgie violente et des vomissements. On eut recours, sans aucun avantage, à l'emploi très-judicieusement dirigé des moyens les plus actifs employés dans ces cas. On crut reconnaître, le 1er le juin, un léger retour de la connaissance; mais le malade retomba presque aussitôt

dans le coma; il périt le 3 juin, sans aucun changement dans les symptômes.

Ouverture du cadavre. — Le cerveau fut l'objet du plus minutieux et du plus attentif examen. On ne trouva pas la plus petite trace de lésion morbide. Les plexus-choroïdes étaient cependant plus bruns que dans l'état ordinaire, et l'artère basilaire offrait une tache morbifique. Sur le côté de cette artère, la substance cérébrale présentait un point qui semblait légèrement ramolli, mais qui n'excédait pas le volume d'un grain d'orge; et encore le docteur Duncan considéra-t-il ce ramollissement comme extrêmement douteux.

On trouve dans les faits qui viennent d'être rapportés, de beaux exemples d'apoplexie simple idiopathique. Les observations suivantes montrent cette maladie survenant pendant le cours d'autres affections.

Obs. XCVII. Une dame de cinquante ans était, depuis plusieurs années, sujette à des attaques de toux et de dyspnée, dont elle était généralement soulagée par les opiacés et par l'application des vésicatoires. Le 20 décembre 1816, elle fut prise d'une de ces attaques ordinaires : elle allait mieux le 22 décembre, quoique sa respiration fût encore considérablement gênée. Le 23 au matin, elle se plaignait de céphalalgie; elle désirait qu'on la laissât reposer. Bientôt après, elle sembla s'endormir d'un bon sommeil; mais au bout de quelque temps on vit qu'elle était tombée dans l'état d'apoplexie complet : rien ne put l'en retirer, et elle périt à cinq heures environ de l'après-midi. Je vis cette malade une heure avant sa mort; elle était alors dans un état de coma bien caractérisé; ses lèvres étaient livides, sa respiration accélérée et oppressée; et son pouls était fréquent et faible.

Ouverture du cadavre. — Les veines de la surface du

cerveau étaient gonflées; la substance du cerveau, lorsqu'on la coupait, offrait un degré remarquable d'injection; il n'y avait du reste aucune autre apparence de maladie : les poumons étaient distendus et engoués de mucus; leur structure était du reste médiocrement altérée; les autres viscères étaient sains [1].

[1] En classant ce fait parmi les observations sur des apoplexies nerveuses, c'est-à-dire sur des apoplexies après la terminaison funeste desquelles aucune lésion encéphalique n'a été reconnue à la dissection, M. Abercrombie me semble avoir méconnu l'état véritable danslequel le cerveau a été trouvé après la mort. Cet état morbide, par lequel les phénomènes apoplectiques me semblent expliqués, était l'état de congestion qui se caractérise par la dilatation et par la plénitude des vaisseaux encéphaliques, et par la vascularité très-grande du tissu du cerveau. La congestion cérébrale constitue seule un assez grand nombre d'attaques d'apoplexie; elle est la seule lésion encéphalique qui ait existé dans toutes les attaques d'apoplexie sanguine, qui disparaissent rapidement sans laisser aucune trace de leur présence. Elle est aussi la seule qu'on rencontre dans un assez grand nombre de cadavres, lorsque la mort est survenue peu de temps après l'attaque, comme chez le malade qui a été le sujet de l'observation qui me suggère cette note. Lorsque la congestion sanguine est très-forte, elle est la cause immédiate, l'élément étiologique de l'hémorrhagie sanguine qui se trouve si souvent dans les cadavres des apoplectiques. Lorsque le malade survit à l'attaque, l'hémorrhagie sanguine s'étant faite dans l'encéphale, le rétablissement immédiat et entier des fonctions cérébrales est impossible; la maladie est localisée, et les accidents qui se lient à la présence du sang extravasé dans la tête, persistent nécessairement. Lorsque la congestion sanguine persiste un certain temps dans le cerveau, qu'elle soit ou non suivie d'un épanchement de sang, elle devient la cause déterminante d'une exhalation séreuse qui s'effectue dans les cavités encéphaliques. Cette exhalation séreuse est donc alors un résultat de la congestion sanguine, tout comme l'hémorrhagie encéphalique elle-même. La nature de la maladie est ainsi identique, quelle que soit la nature de l'épanchement.

Le rapprochement des phénomènes morbides de la succession des accidents encéphaliques, que je viens d'établir, doit être bien présent à l'esprit, pour bien concevoir le mécanisme des apoplexies; il ne doit cependant pas faire perdre de vue qu'il y a aussi des apoplexies dans lesquelles la mort survient avec les accidents ordinaires dans ces maladies, sans qu'il reste sur les cadavres les moindres traces de lésion cérébrale, pas même une légère congestion sanguine, de même qu'il en est d'autres dans lesquelles il se forme un épanchement de sérosité encéphalique, sans qu'il

Obs. XCVIII. Une dame de quarante-cinq ans éprouva, trois mois avant sa mort, les accidents suivants : nausées et sensations pénibles à l'estomac, surtout après les repas. Elle avait aussi un sentiment de distension de l'abdomen, de la constipation et de l'œdème aux pieds et aux jambes; elle avait de l'appétit, le pouls était naturel. Mais cette femme, qui était d'une force et d'une activité remarquables, devint faible, pâle, inactive et insouciante. On eut recours pendant trois mois, avec peu d'avantages, à différents modes de traitement; l'anasarque fit des progrès, de la sérosité s'épancha dans l'abdomen : on avait aussi des motifs de croire qu'il s'était formé un épanchement séreux dans le thorax; cependant le pouls conservait sa fréquence naturelle et un certain degré de force. Le soir du 16 mai 1816, on remarqua que sa parole était brève, et que la malade tenait des propos incohérents. Le 19, au matin, elle était dans un état de stupeur, duquel on pouvait la tirer jusqu'à un certain point; mais, dans l'après-midi, cette stupeur se changea en coma complet. Elle tomba alors dans l'état d'apoplexie complète avec respiration stertoreuse et gémissements continus : la face était pâle, le pouls donnait soixante-douze pulsations, et était assez résistant. La mort arriva le 20 au matin; le flux menstruel n'avait été interrompu qu'à la dernière époque, qui aurait dû arriver le 12 mai.

Ouverture du cadavre. — On ne peut trouver, malgré les recherches les plus scrupuleuses, aucune altération dans les

s'opère aucune congestion sanguine cérébrale, soit préalable, soit coïncidente. Ces dernières apoplexies ne doivent point être confondues avec les autres, qui, seules, méritent d'être appelées sanguines. M. Abercrombie les en a séparées avec raison ; tous les praticiens lui en sauront gré ; en confondant toutes les apoplexies dans la dénomination d'hémorrhagie cérébrale, on donne de fausses idées sur cette maladie ; on établit une théorie exclusive, que la pratique ne justifie pas. L'observation XCIII (*bis*) que j'ai consignée dans la note de la page 291 ci-dessus, le prouve bien.

A. N. G., *trad.*

organes encéphaliques. Il existait un épanchement considérable dans le thorax et dans l'abdomen : il y avait dans le cœur une induration considérable à la racine des valvules tricuspides. On ne put trouver aucune apparence de maladie dans tous les autres viscères.

J'ai déjà emprunté aux auteurs anciens différents exemples d'apoplexie devenue fatale sans laisser aucune apparence de désordre dans les organes; d'autres ont été rapportés par des écrivains d'une autorité incontestable. Le docteur Stark a parlé [1] d'un homme qui, après s'être plaint de céphalalgie et d'étourdissements, tomba dans un état d'insensibilité, accompagné de quelques convulsions. Il resta dans un état d'apoplexie profonde pendant quarante-cinq heures, après lesquelles il mourut. Le plus soigneux examen ne put faire découvrir dans le cerveau aucune trace de maladie. Une jeune fille, dont a parlé le docteur Powel, après avoir paru, pendant une journée, très-lourde et disposée au sommeil, tomba dans un état de coma complet, qui ne fut interrompu que par des attaques de convulsions générales. Elle mourut le troisième jour, sans qu'il y ait eu aucun changement dans les symptômes; on examina l'encéphale avec la plus grande attention, et l'on ne put y trouver aucune trace de lésion morbide. D'autres écrivains ont encore rapporté des faits semblables : je me crois donc autorisé à établir, comme conséquence des faits, qu'il y a une espèce d'apoplexie qui se termine par la mort, sans laisser dans le cerveau aucune altération apercevable.

Note du Traducteur sur les apoplexies après lesquelles le cerveau ne présente aucune altération appréciable qui puisse rendre compte des accidents.

Parmi les faits les plus remarquables que contiennent les auteurs sur les apoplexies qui n'ont été expliquées par aucune lésion cérébrale, M. Aber-

[1] Guil. Starck, *op.* p. 73.

crombie aurait pu citer aussi les suivants, dans lesquels il semble qu'on ait apporté beaucoup de soin à constater l'état du cerveau.

Morgagni a parlé dans sa lettre v, article 24 : « d'une femme, se portant très-bien, qui tomba morte subitement : l'illustre anatomiste Philippe-Conrad Fabricius disséqua son cadavre avec grand soin, comme il en a l'habitude, pour trouver la cause de cette apoplexie ; non-seulement il trouva la substance cérébrale parfaitement saine, mais il ne rencontra pas même une seule goutte de sang ou de sérosité épanchée ; ce qui lui prouva qu'il ne faut pas attribuer la cause de toute apoplexie funeste, à un épanchement de sang ou de sérosité dans l'encéphale, ou à une congestion des vaisseaux du cerveau ; car, dans cette femme, les artères, les veines du cerveau, les sinus de la dure-mère, étaient vides de sang, mais distendus par de l'air (*sed aere distentis*). » On sait bien aujourd'hui que la présence de l'air dans les vaisseaux est un phénomène qui se rencontre souvent dans les cadavres : on ne sait, à la vérité, pas encore bien quelle en est la cause ; mais il a été observé dans des sujets morts de maladies très-diverses, et il est impossible d'y rattacher un effet évident.

M. Ozanam a publié, dans le tome LXI du *Journal général de Médecine*, l'observation suivante, qui n'est évidemment aussi qu'un exemple d'apoplexie nerveuse.

Obs. XCVIII (*bis.*) Marie Columbo, sage-femme en chef de l'hospice de Milan, âgée de quarante-deux ans, d'une constitution tellement rachitique, que la colonne vertébrale était recourbée de droite à gauche, et formait un angle de trente à trente-cinq degrés, avait essuyé plusieurs péripneumonies, dont les suites, jointes à sa conformation défectueuse, lui avaient occasioné une dyspnée habituelle. Le mercredi 5 juillet 1815, ayant été appelée pour un accouchement en ville, elle fut surprise, à son retour, par une pluie d'orage, qui l'obligea à hâter le pas pour se rendre à l'hospice, où elle arriva tout essoufflée. Elle entra aussitôt dans sa chambre ; et à peine fut-elle assise, qu'elle tomba la tête contre le chevet de son lit, et expira au moment même.

Le vendredi soir, nous fîmes l'ouverture du cadavre ; le corps n'avait aucune contusion, et n'offrait aucune trace d'apoplexie. Il n'exhalait pas la moindre odeur, quoiqu'il se fût écoulé quarante-huit heures depuis la mort, et que la température fût très-chaude. L'état du cerveau ne présenta rien que de naturel ; aucune injection des vaisseaux sanguins, nul épanchement dans les ventricules. La poitrine ayant été ouverte, nous trouvâmes la colonne vertébrale courbée, comme nous l'avons dit ci-dessus, de manière qu'il ne restait, dans la cavité gauche, que l'espace d'un pouce et demi de largeur pour le jeu des poumons entre les côtes et les vertèbres dorsales ; les poumons avaient contracté une adhérence avec la plèvre ; le cœur et tous les gros vaisseaux artériels et veineux étaient dans l'état de flaccidité la plus grande ; l'aorte, à sa sortie, était un peu ossifiée et légèrement altérée à l'endroit où elle rencontrait l'an-

gle aigu de la courbure épinière ; tous les autres viscères paraissaient sains.

« Nous ne pûmes donner, dit l'auteur, une autre raison de cette mort » subite, qu'une marche précipitée, qui avait donné aux poumons une » telle action, que, leur développement n'ayant pu suffire, ils avaient subi» tement cessé leurs fonctions, arrêté la circulation, et, par conséquent, » détruit le mouvement vital. »

M. Fodéré a rapporté, dans son *Traité de médecine légale*, t. IV, p. 310, l'observation suivante, qui lui a été communiquée par le docteur Giraud-Saint-Rome, chirurgien à Marseille, le 1er février 1811. Cette observation est d'autant plus intéressante, qu'elle montre l'importance, pour la médecine légale, des faits qui prouvent que la mort peut arriver par apoplexie, sans qu'il en reste des traces dans le cerveau.

Obs. XCVIII (*ter.*) « Il y a environ une douzaine d'années qu'une dame, habitant la campagne au voisinage d'une petite ville du Dauphiné, et qui paraissait jouir d'une bonne santé, s'étant mise à table pour souper, se plaignit tout à coup, après avoir avalé deux ou trois bouchées, d'un mal de cœur, se renversa contre le dossier de sa chaise, et ne donna plus aucun signe de vie. On crut d'abord que ce n'était qu'un simple évanouissement, on appela du secours ; mais la dame était complètement morte. Plusieurs scènes désagréables avaient dévoilé au public la mauvaise intelligence qui régnait dans ce ménage ; et l'on croyait généralement que le tort était du côté du mari, qui passait pour vivre en concubinage avec une domestique dans sa propre maison ; on murmurait même que plusieurs fois il s'était porté à des voies de fait envers sa femme, au point qu'elle avait été obligée d'appeler du secours. On ajoutait que, pour forcer son mari à changer de conduite, elle le prévenait en tout, et qu'elle avait même fait son testament en sa faveur deux mois auparavant.

» La domestique en question fut vivement soupçonnée d'avoir empoisonné sa maîtresse ; elle fut mise en arrestation, et on trouva un paquet de poudre sur sa personne : ce qui épouvanta tellement le mari, qu'il offrit à la famille de la défunte, pour faire cesser toute poursuite, d'annuler le testament olographe que sa femme avait fait en sa faveur.

» Ce fut dans ces circonstances aussi favorables à faire croire à la possibilité d'un crime, que trois chirurgiens furent commis par le juge-de-paix du canton, pour faire l'ouverture du cadavre, à laquelle il assista. Ces chirurgiens, après avoir fait une simple incision cruciale peu étendue à la partie antérieure du bas-ventre, qui mit les intestins et l'épiploon à découvert, s'étant aperçus des taches qu'imprime aux parties qui avoisinent la vésicule du fiel, la bile qui transsude de ce réservoir, ne passèrent pas outre ; l'un d'eux (le plus savant sans doute), s'étant écrié, « que » c'étaient des taches gangréneuses, qui provenaient d'une manière non » équivoque de l'effet du poison corrosif, qui avait évidemment causé la » mort dans ce cas, et qu'il était inutile de chercher ailleurs. » Le rap-

port fut donc dressé en conséquence de ces principes, et il fut connu, dans tous les environs, qu'une dame venait de mourir des suites d'un empoisonnement constaté; qu'on lui avait trouvé l'estomac gangréné, etc.

» Cependant, le juge-de-paix, frappé du peu d'attention qu'avaient paru mettre, à l'ouverture du cadavre et à l'examen des parties, les chirurgiens qui y avaient procédé, ainsi que des expressions vagues et de la rédaction vicieuse du rapport, ne voulut pas permettre l'inhumation.

» M. Giraud-Saint-Rome et un autre chirurgien furent chargés de cette nouvelle visite; et, après s'être adjoint les trois premiers experts et deux autres chirurgiens, ils procédèrent tous les sept à l'autopsie cadavérique... L'examen du cadavre se fit dans les règles, et les experts se convainquirent: 1° que l'estomac, ouvert alors pour la première fois, ne contenait qu'une très-petite quantité d'aliments, dont la digestion n'était pas même commencée; 2° qu'il était complètement dans son état naturel: sa tunique interne, parfaitement intacte dans tous les points de son étendue, était sans la plus petite trace d'altération, soit dans sa couleur, soit dans sa texture; 3° que le duodénum et les autres intestins, qui furent pareillement examinés, étaient dans le même état naturel: 4° que les autres capacités ayant été ouvertes, et après avoir examiné avec soin tous les organes et viscères, dont quelque lésion organique eût pu faire découvrir la cause de mort, ils ne trouvèrent rien qui pût les satisfaire à cet égard.

» Il fut fait quelques expériences, telles que l'essai des animaux et des charbons ardents, pour s'assurer si les matières de l'estomac ne contenaient rien de vénéneux, lesquelles n'annoncèrent rien d'analogue; l'on fut également convaincu que la poudre saisie sur la domestique n'était que du sucre, et ne contenait rien de vénéneux.

» Les experts conclurent que cette dame avait dû mourir d'un spasme ou de toute autre affection nerveuse extrême et de cause interne, qui avait détruit subitement la vie, sans qu'aucun poison ni autre agent extérieur eût contribué à la mort; ce que signalèrent les nouveaux experts, et aussi les anciens, qui confessèrent avoir usé de trop de précipitation, et avoir été trompés par les taches extérieures des parties qui environnent la vésicule du fiel.

» On ne s'en tint pas là; car la justice ordonna une exhumation et un nouvel examen qui n'eut pas d'autres résultats. »

Obs. XCVIII (*quater.*) Le 3 mars 1820, un homme dans la force de l'âge, d'une constitution forte, d'une grande taille, sortit de chez lui après avoir mangé à son déjeûner une quantité très-modérée d'aliments, se portant fort bien, ne se plaignant d'aucun mal. Il partit du boulevard Saint-Martin pour aller au faubourg Saint-Germain; en passant près de l'église Saint-Eustache, il se sentit indisposé par de légers étourdissements, et il entra dans l'église pour s'asseoir. Il y avait un instant qu'il y était, quand la femme chargée de recueillir le loyer des chaises vint à lui,

et, le trouvant pâle, s'aperçut qu'il était incommodé, et lui demanda s'il voulait qu'elle allât lui chercher une voiture. Non, répondit-il; car je suis si faible et si étourdi que je suis sûr que je ne pourrais supporter la voiture; j'y mourrais. Il se mit aussitôt en marche pour s'en retourner chez lui: sa démarche était chancelante et incertaine comme celle d'un homme ivre. Il arriva avec peine chez lui, et, s'adressant à une personne qu'il rencontra au bas de son escalier, il raconta qu'il s'était trouvé incommodé, qu'il était encore faible et étourdi; et c'est par cette voie qu'on est arrivé à découvrir les accidents qu'il avait éprouvés antérieurement à son arrivée chez lui.

Il monta avec peine les trois étages qu'il lui fallait monter pour arriver chez lui, et, en ouvrant la porte, il dit à sa femme : Je me meurs! ah! mon Dieu, je me meurs! et tomba au même instant sans vie.

On envoya aussitôt de tous côtés, et dix médecins arrivèrent presque en même temps; tous dirent qu'il était mort frappé d'apoplexie foudroyante, et constatèrent que la mort était réelle. M. Nacquart fit comme tous les autres.

Le lendemain, M. Nacquart procéda à l'ouverture du cadavre.

Les recherches les plus exactes, faites avec le plus grand soin, ne lui firent découvrir *aucune espèce d'altération absolument quelconque, ni dans le cerveau, ni dans la poitrine, au cœur ou aux poumons, ni au diaphragme, ni à l'origine de la moelle épinière.* L'estomac ne fut point ouvert, ni la colonne vertébrale.

L'apoplexie nerveuse est quelquefois le mode de terminaison funeste d'une autre maladie; cela est arrivé, dans le fait suivant, rapporté par Belloc, dans son *Cours de Médecine légale*, p. 179.

Obs. XCVIII (*quinquies.*) « Un homme très-respectable de notre ville, sujet à de fréquents accès de goutte, âgé d'environ soixante-dix ans, d'une forte complexion et d'un embonpoint très-avantageux, après avoir pris le soir, vers les neuf heures, une croûte dans une maison amie et très-intéressée à sa conservation, en sortit vers minuit (gai et sifflant un air), pour se rendre chez lui: il se coucha peu de temps après. Vers deux heures après minuit, il sonna; son domestique se rendit aussitôt auprès de lui, et le trouva sans parole et comme frappé d'apoplexie: l'alarme se met dans la maison; on tâche de lui donner les secours ordinaires en attendant les médecins, qu'on se hâte de mander. Ceux-ci arrivent au plus tôt, mais inutilement; le malade était mort. On fit l'ouverture du corps, et on ne trouva *d'autre dérangement* qu'environ huit pouces de l'intestin iléon livide et comme gangrené. On observa que cet homme se plaignait depuis long-temps, et par moments, d'une douleur au bas-ventre, qui répondait à cette région; d'ailleurs, si c'eût été quelque chose qu'il eût avalé, il aurait paru quelque impression ou dérangement à l'estomac et aux intestins plus supérieurs: on attribua donc la mort à l'humeur goutteuse qui avait frappé précipitamment de gangrène cet organe. »

L'apoplexie nerveuse est aussi quelquefois le mode de terminaison de maladies cérébrales existant depuis un certain temps, et ne laissant ainsi qu'elles aucune trace dans le tissu du cerveau. Les deux faits suivants en sont des exemples ; le premier a été consigné par Boucher, médecin à Lille, dans le *Journal de Vandermonde*, t. XLVII, p. 77. Il présente une épilepsie terminée par une apoplexie nerveuse. Le deuxième a été recueilli par Hébréard, médecin des aliénés de Bicêtre, qui l'a publié dans l'*Annuaire médico-chirurgical des hôpitaux de Paris*, p. 592.

Obs. XCVIII (*sexies.*) *Épilepsie terminée par une apoplexie nerveuse.* — « Nous avons vu, dit M. Boucher, une jeune personne succomber à l'apoplexie compliquée de convulsions épileptiques, laquelle n'a pu être que l'effet d'une pareille cause. Cette personne, âgée de dix-neuf ans, d'une constitution assez délicate, et d'un caractère très-sensible, était sujette, depuis deux ou trois années, à des accès d'épilepsie plus ou moins fréquents, mais qui l'étaient plus vers le temps de ses règles, dont les périodes néanmoins étaient assez régulières ; elles étaient précédées et accompagnées de violents maux de tête, et souvent de la fièvre, qui la tenait au lit plusieurs jours. Les saignées répétées, les boissons délayantes, nitrées, anodines, les lavements émollients, étaient presque les seuls remèdes dont elle parût être soulagée. Dans les intervalles des accès, elle faisait usage des infusions théiformes de fleur de tilleul, de la poudre tempérante de Stahl, de la poudre de Guttete, des pilules de Chef, etc. Les accès, qui avaient paru moins violents et moins répetés, furent plus fréquents vers la fin de mars de la présente année 1775 : la fièvre survint au commencement d'avril ; le tétanos suivit bientôt les convulsions : le visage était fort rouge. Je prescrivis la saignée de l'artère temporale ; on en avait fait précédemment deux du pied. La malade succomba dans l'apoplexie vingt-quatre heures après cette saignée ; je comptais trouver à l'ouverture du crâne une cause palpable de la maladie ; je fus trompé. Quelques recherches que nous ayons faites, le sieur Dupont, habile chirurgien de cette ville (de Lille), et moi, nous ne vîmes, ni dans la masse du cerveau, ni dans les parties accessoires, rien à quoi l'on pût imputer la cause de la mort. Il ne se trouvait pas le moindre dérangement dans les deux substances de ce viscère : point d'engorgement dans les vaisseaux ; au contraire, les veines et les sinus étaient presque vides. »

Obs. XCVIII (*septies.*) *Démence terminée par une apoplexie nerveuse.* — « Dans le courant de l'été dernier, la police envoya, comme aliéné à Bicêtre, un homme ramassé sur la voie publique, faisant des extravagances. On ne put avoir aucun renseignement sur son état, n'ayant trouvé aucun papier sur lui, et n'ayant pu obtenir seulement qu'il prononçât son nom. Nous jugeâmes, par ses vêtements et par les callosités de ses mains, qu'il était ouvrier ; il paraissait avoir une trentaine d'années ; ses membres étaient fortement prononcés, les cheveux et les yeux bruns ; la peau

assez blanche. Il a passé quatre jours à l'hospice dans l'état suivant : il était toujours debout, la tête un peu portée en arrière, les membres tendus sans être raides ; il s'écriait à peu près à chaque minute : *Ah, mon Dieu!* et il ajoutait deux ou trois mots vagues, ordinairement ceux qu'il entendait prononcer autour de lui. Par exemple, je lui demandais s'il était soldat ou bien ouvrier, et il répétait : *Ah, mon Dieu! êtes-vous soldat ou bien ouvrier?* Ses yeux étaient très-saillants et toujours ouverts, la conjonctive injectée, la pupille peu dilatée, à l'ombre comme à la lumière ; elle ne paraissait pas se contracter davantage lorsqu'on tournait le malade vers le soleil, qu'il fixait comme tout autre objet, sans clignoter ; les mâchoires étaient appliquées l'une contre l'autre sans trismus ; car on les lui faisait écarter sans peine pour le faire boire ; mais les boissons introduites par la bouche s'écoulaient par les commissures des lèvres, sans que le malade songeât à les avaler ; il fallait, pour les faire descendre dans l'estomac, les faire ingurgiter avec un biberon, ou en le faisant coucher sur le dos ; ce qui n'était pas difficile, car il n'opposait qu'une résistance machinale, sans diriger ses mouvements vers un but. Il paraissait quelquefois vouloir retirer ses bras de la camisole, puis il les enfonçait plus profondément. La sensibilité physique était aussi obscure que la sensibilité morale ; il ne sentait ni les piqûres, ni l'aspersion d'eau froide, ni la chaleur, et cependant la peau rougissait par ces diverses impressions, et les vésicatoires que je lui fis appliquer produisirent des phlyctènes ; les organes des sens n'étaient pas tout-à-fait oblitérés ; mais les impressions qu'ils recevaient ne pouvaient réveiller la réaction du cerveau, et ne déterminaient que quelques effets automatiques ou d'habitude ; ainsi il voyait, puisqu'il ne se heurtait pas dans ses mouvements ; mais il ne distinguait pas la qualité des objets : il entendait, puisqu'il répétait quelques-uns des mots qu'on prononçait auprès de lui ; mais il n'attachait aucun sens à ces mots : l'attention et le jugement étaient complètement suspendus. Le pouls était plein et dur ; une saignée que je lui fis faire ne changea ni en bien ni en mal cet état extraordinaire. Il mourut *comme subitement* dans la nuit qui suivit le quatrième jour de son entrée. L'infirmier me dit *qu'il avait eu le râle* pendant quelques minutes, et un peu d'écume à la bouche.

» A l'ouverture du cadavre, nous trouvâmes les viscères de l'abdomen et de la poitrine dans l'état naturel : le cerveau et ses membranes ne présentèrent aucune particularité. »

On voit que les observations de M. Abercrombie viennent s'ajouter à d'antres déjà déposées dans le domaine de l'art, pour prouver que le cerveau peut suspendre ses fonctions comme dans l'apoplexie, sans qu'il existe d'altération évidente dans son tissu et dans les vaisseaux qu'il reçoit.

A..N. G., *trad.*

§ II. *Apoplexie avec épanchement séreux.*

Obs. XCIX. Un homme de quatre-vingts ans, encore actif et vigoureux, plutôt maigre que gras, commença, vers le 9 juin 1813, à perdre la mémoire, à avoir la parole gênée et la face colorée. Il paraissait avoir par instants de la faiblesse dans le bras droit, car il laissait tomber les objets qu'il saisissait de la main droite; mais il ne convenait pas de cette faiblesse. Il ne se plaignait ni de céphalalgie ni d'étourdissements; mais il se sentait faible, et ne pouvait se tenir droit. Le pouls était naturel et assez fort. Il parut avoir éprouvé beaucoup de soulagement d'une saignée au bras, suivie de l'administration des purgatifs et d'un régime convenable. Il avait recouvré en grande partie toute sa mémoire, sa face avait perdu sa coloration, et la parole était devenue plus distincte. Il sortait régulièrement, et sa démarche était ferme et assurée. Il ne tarda pas cependant à éprouver un retour de confusion dans les idées. Cela fut surtout évident le 27, qu'il voulut écrire une lettre, et qu'il fut obligé d'y renoncer; il se plaignit de ne pouvoir rendre ses idées ni assembler les mots; son écriture était à peine lisible, et ses lignes étaient croches. Le 28, il parut beaucoup mieux; la nuit suivante, il dormit mal: il se leva vers les quatre heures du matin, se plaignant d'agitation et d'insomnie. Il se promena dans sa chambre pendant quelque temps, et retourna ensuite au lit. De ce moment il parut reposer, ce qui fit que sa famille le laissa ainsi jusqu'à huit ou neuf heures; on reconnut alors qu'il était dans un état d'apoplexie complet; son pouls était plein et donnait quatre-vingts pulsations. Son extérieur était naturel, mais il ne pouvait avaler, et il était dans un état d'insensibilité complète, sauf qu'il remuait parfois la main droite. Il fut largement saigné; il devint immédiatement après excessivement

pâle, et son pouls resta très-faible pendant un temps considérable. Il ne se manifesta cependant pas la plus légère apparence de coma; les autres remèdes ordinairement employés dans ces cas, furent administrés sans aucun avantage. Cet état d'apoplexie parfaite dura six jours, pendant lesquels il y eut peu de changement dans les symptômes. Le malade remuait souvent le bras et la jambe droites, mais il ne reparut point de mouvement dans les membres gauches. Il grattait parfois une éruption herpétique qu'il avait à la cuisse, il ôta plusieurs fois son bonnet de nuit. On remarqua, une ou deux fois, qu'il ouvrait les yeux pendant quelques secondes; l'état des pupilles était naturel, elles se contractaient lorsqu'on en approchait une lumière; il rendait ses urines dans son lit, et ne pouvait absolument rien avaler. Son pouls variait d'abord de quatre-vingts à cent pulsations, mais il s'éleva ensuite à cent-vingt. Il périt dans cet état d'apoplexie complète, le 5 février. Peu de jours avant sa mort, il se manifesta une tumeur glanduleuse au cou. Cette tumeur le faisait souffrir, car il retirait sa tête lorsqu'on y touchait.

Ouverture du cadavre. — Une notable quantité de liquide s'écoula à l'ouverture du crâne; il y avait un épanchement considérable sous l'arachnoïde et dans les ventricules cérébraux; la quantité de sérosité épanchée pouvait être estimée à trois ou quatre onces. On ne trouva nulle autre lésion morbide dans aucune partie de l'encéphale.

Obs. C. Un homme de soixante-dix ans, au teint fleuri, mais éprouvant une certaine faiblesse dans les membres, avait eu plusieurs attaques de perte de connaissance, que sa famille comparait à des syncopes. La maladie à laquelle il succomba débuta d'une manière subite par une perte de sentiment et de mouvement. Il sortit de cet état d'insensibilité après y être resté quelques instants, mais sa parole resta

gênée, au point qu'il ne pouvait plus articuler; il était paralysé des membres, et l'œil droit était porté en dehors. Il resta alors confiné au lit; il tenait parfois des propos incohérents, d'autres fois ses facultés étaient plus lucides; mais il était toujours très-abattu, et dans un état voisin du coma. La parole continuait à être inarticulée, et le pouls donnait généralement cent pulsations environ. Les forces diminuèrent graduellement sans aucun changement particulier dans les symptômes, et il périt à la fin de la cinquième semaine.

On trouva à l'ouverture du cadavre les ventricules cérébraux distendus par un liquide incolore; une quantité considérable de ce fluide se trouvait aussi sous l'arachnoïde. Il n'existait aucune autre lésion morbide.

Obs. CI. Un homme de quarante et un ans, très-replet, était, depuis quelque temps, affecté d'oppression, de dyspnée et d'œdème des jambes; il tint subitement un jour des propos incohérents, et immédiatement après il tomba dans le coma. Sa respiration était très-gênée, sa face livide et gonflée, le pouls jusqu'à un certain point fréquent. On ne pouvait le faire sortir de cet état de coma, qu'avec difficulté; il répondait alors d'une manière courte, lente, et souvent par des mots incohérents, aux questions qu'on lui adressait. Il mourut le troisième jour.

On trouva à l'ouverture du cadavre une grande quantité de liquide épanché dans les ventricules du cerveau. Les poumons étaient très-infiltrés de sang, et il y avait un épanchement considérable dans la cavité de la plèvre. Le trou ovale du cœur était ouvert au point qu'on y pouvait introduire une plume d'oie.

Je compléterai la série de faits que j'ai réunis sur le même sujet, par le fait suivant, dans lequel on a observé un épanchement considérable dans le crâne, sans aucun ac-

cident apoplectique. Cette observation m'a été communiquée par M. Turner.

Obs. CII. Un homme d'environ soixante-dix ans, homme de talent et de génie, était valétudinaire et hypocondriaque depuis plus de trente ans; il avait éprouvé différentes affections des organes digestifs, comme des indigestions et un sentiment de tension à la partie inférieure de l'abdomen; parfois aussi il avait eu des attaques de dysurie. Au commencement de 1817, il devint faible, nonchalant, et incapable de se livrer à aucun exercice, soit du corps, soit de l'esprit. Le jour il était assoupi; mais, pendant la nuit, il avait de la fièvre, et était agité. Il était pâle et jaune, son pouls donnait de soixante-seize à quatre-vingt-quatre pulsations; sa langue était légèrement saburrhale. Il était habituellement constipé, mais il était facilement relâché par une médecine, dont l'action était même quelquefois suivie de diarrhée. On eut recours à différents moyens sans aucun avantage; il passa l'été sans éprouver de soulagement, et ses souffrances s'aggravèrent pendant l'hiver. Elles consistaient toujours en de l'assoupissement, de la faiblesse, de l'insomnie: il s'y était joint une toux incommode, avec une douleur constante à la partie inférieure du bas-ventre, et de la strangurie. L'appétit diminuait, le pouls devenait plus fréquent, le malade était de jour en jour plus faible et plus maigre. Il fut obligé de garder le lit au commencement de mars 1818. Les forces baissèrent alors graduellement; il périt le 14, ayant conservé sa mémoire et toutes ses facultés jusqu'à peu d'heures avant sa mort. Il ne s'était jamais plaint de céphalalgie ni d'étouffement, et aucune trace de paralysie ou de convulsions ne s'était manifestée.

Ouverture du cadavre. — Un épanchement considérable de fluide diaphane se trouvait sur toute la surface du cerveau sous l'arachnoïde. Cette membrane était, en plusieurs

points, particulièrement à la partie postérieure, soulevée en forme de petites vessies par le liquide épanché; ce fluide avait aussi écarté quelques-unes des circonvolutions, au point de former des dépressions à la surface du cerveau. Les ventricules étaient aussi distendus par la sérosité, mais ils n'étaient pas très-dilatés. Le cerveau était d'ailleurs sain sous tous les autres rapports; les viscères abdominaux étaient dans l'état naturel, la vessie était contractée et épaissie, mais la glande prostate et l'urèthre ne paraissaient pas malades.

J'ai rapporté dans la première partie de cet ouvrage plusieurs faits dans lesquels on a constaté l'existence d'un épanchement considérable dans le cerveau, sans qu'il y ait eu aucun symptôme d'apoplexie. La quantité de liquide épanché, dans un cas que j'ai publié, s'élevait à huit onces; on a d'ailleurs consigné dans les recueils d'observations plusieurs exemples semblables [1]. Le docteur Marshall a parlé d'un maniaque qui périt de gangrène aux pieds : quelques heures avant sa mort, il reprit ses facultés intellectuelles; on n'en trouva pas moins dans sa tête un épanchement de plus d'une livre de sérosité, occupant la surface et les ventricules du cerveau.

[1] Le siége des épanchements séreux cérébraux, constaté dans les observations que M. Abercrombie a rassemblées, mérite d'être noté ; ce n'est pas dans la cavité de l'arachnoïde que ces épanchements se sont trouvés, c'est dans la cavité qu'occupe le fluide céphalo-rachidien, que la sérosité était accumulée, ou plutôt l'épanchement n'était effectivement qu'une augmentation dans la quantité de ce liquide, qui remplit en même temps les ventricules et la cavité sous-arachnoïdienne du cerveau et du rachis. La communication est établie dans ce cas entre les ventricules cérébraux et la cavité sous-arachnoïdienne par le canal céphalo-rachidien, qui est alors fort dilaté et plus court que dans l'état physiologique. L'anatomie pathologique vient ici confirmer ce que les recherches anatomiques font reconnaître : savoir, l'existence d'une cavité indépendante de la cavité arachnoïdienne, et la communication entre les ventricules et l'espace sous-arachnoïdien par l'aquéduc de Sylvius et l'extrémité ouverte du *calamus scriptorius*. A. N. G., *trad.*

On a imposé le nom d'apoplexies séreuses à ces cas de maladies, dans lesquels il n'existe qu'un épanchement de sérosité; cette affection, ou plutôt l'expression par laquelle on la désigne, me suggère les observations suivantes :

I. L'observation ne sanctionne pas les distinctions que l'on a proposées entre l'apoplexie sanguine et l'apoplexie séreuse. On a assigné, comme caractères, à la première de ces maladies, la rougeur de la face et la force du pouls, et sa manifestation sur des personnes encore dans la force de l'âge, tandis qu'on a dit que la seconde se manifestait par la pâleur de la face et la faiblesse du pouls, et n'affectait que des personnes âgées et infirmes. On a attaché une grande importance à cette distinction, sous le point de vue du traitement, en considérant les moyens convenables pour combattre une de ces maladies comme inefficaces et même nuisibles pour l'autre. L'observation ne justifie point ces distinctions; car, on remarque que plusieurs cas, dans lesquels il ne se forme qu'un épanchement séreux, montrent à leur première période tous les symptômes que l'on assigne à l'apoplexie sanguine, tandis que d'autres, dans lesquels on voit la pâleur de la face se joindre à la faiblesse du pouls, sont en réalité des apoplexies sanguines. Nous parlerons spécialement d'une maladie dans laquelle ces symptômes se montrent de la manière la plus frappante, et qui n'est cependant qu'une apoplexie sanguine de la forme la plus grave. Portal a publié une série de faits qui conduisent aux mêmes résultats : de trois individus cités par lui, qui présentèrent tous les symptômes de l'apoplexie séreuse, l'un fut guéri par des saignées répétées, et l'on trouva sur les cadavres des deux autres, qui succombèrent, un épanchement de sang étendu. Notre observation XCVIII ci-dessus pourrait être rapprochée de ces faits. Si une maladie put jamais être considérée comme une apoplexie séreuse, ce fut bien celle-

là ; la malade était hydropique depuis des mois, et le mal n'avait cessé de faire des progrès malgré le traitement rationnel. Il y avait des signes de l'existence d'un épanchement séreux dans le thorax et dans l'abdomen ; la malade tomba dans le coma, sa face était pâle et décolorée, elle mourut. On constata la présence d'un épanchement séreux dans les deux grandes cavités, mais on n'en trouva pas de trace dans la tête.

II. L'épanchement séreux dans les autres parties du corps est très-rarement une affection primitive ; il arrive, soit comme résultat de l'inflammation, soit comme suite d'obstacles à la circulation ; il survient lentement ; l'accumulation de sérosité ne se fait point à-la-fois en quantité suffisante pour déterminer de graves accidents. Il n'est par conséquent pas vraisemblable que l'épanchement puisse s'opérer dans le cerveau comme maladie primitive, et que le liquide s'y accumule avec une rapidité suffisante pour déterminer les symptômes brusques de l'attaque d'apoplexie [1].

[1] La présence d'un liquide, dans l'état sain, dans les ventricules du cerveau et dans la cavité sous-arachnoïdienne cérébrale et rachidienne, constatée par Cotugno, pour la première fois (*de Ischiade nervosâ thesaur. dissert. Sandif*, t. II, p. 411. Rotterdam, 1769), suffit pour expliquer l'instantanéité de l'épanchement séreux, ou plutôt, pour nous exprimer plus exactement, l'instantanéité de l'augmentation de la masse du fluide céphalo-rachidien. Il suffit, en effet, qu'il s'opère une congestion sanguine dans une partie de l'encéphale, ou qu'il y ait de la gêne dans la circulation encéphalique, pour qu'il arrive dans le cerveau ce qui arrive dans toutes les autres parties : une exhalation séreuse dans les cavités, avec cette différence que, pour l'encéphale, cette sécrétion séreuse étant naturelle, est bien plus aisément augmentée ; la compression est nécessairement le résultat de cette augmentation, qui s'effectue dans une cavité déjà remplie, et qui ne peut se dilater. Ces remarques rendent, selon moi, parfaitement raison des différences signalées ici par M. Abercrombie entre les collections séreuses thoraciques et abdominales, et celles qui s'effectuent dans le cerveau. Je ne regarde, par conséquent, pas comme invraisemblable, je regarde même comme évident, que l'augmentation de la quantité de sérosité céphalo-rachidienne sécrétée par la surface si

III. La quantité de liquide épanché ne se trouve point proportionnée avec le degré de violence des accidents. Dans des cas où les symptômes ont été très forts et long-temps prolongés, on ne trouve qu'une petite quantité de sérosité, tandis qu'on en trouve d'autres fois une quantité considérable, quoique les symptômes aient été légers. Il arrive aussi qu'on trouve un épanchement très-considérable dans le cerveau, quoiqu'il n'y ait eu aucun symptôme apoplectique. Je tire de ces faits cette conséquence directe que, dans les cas d'apoplexie avec épanchement séreux, la présence du liquide ne peut être considérée comme la cause des symptômes apoplectiques [1].

étendue des cavités cérébrales et de toutes les circonvolutions cérébrales, par toute l'étendue de la moelle épinière et toute la surface interne de l'arachnoïde, se fait quelquefois avec une rapidité suffisante pour produire en peu d'instants une compression générale de l'encéphale, et ainsi une attaque d'apoplexie qui en est le résultat. Il suffit que cette augmentation de sécrétion arrive dans un point pour produire des effets généraux de compression dans toute l'étendue de ces cavités, puisqu'elles communiquent toutes directement entre elles, et qu'elles sont remplies de liquide.

A. N. G., *trad.*

[1] La conséquence que M. Abercrombie tire ici de faits incontestables, me paraît trop absolue : cela dépend de l'appréciation des faits. L'épanchement séreux encéphalique ne doit être considéré que comme une exagération morbide d'un état naturel, comme une augmentation de la masse du liquide céphalo rachidien, qui remplit toutes les cavités cérébro-rachidiennes. La quantité naturelle de ce liquide varie beaucoup dans l'état physiologique ; elle est en général considérable chez les individus avancés en âge ; il est de fait aussi que le liquide céphalo-rachidien se résorbe en partie après la mort, mais que l'étendue de cette résorption est cependant très-variable, comme on peut le constater dans les ouvertures de corps d'individus morts dans les mêmes circonstances de maladies semblables, mais étrangères à toute affection cérébrale. Il faut donc tenir compte de ces circonstances pour apprécier l'influence exercée sur les accidents apoplectiques par le liquide que l'on rencontre dans la tête à l'ouverture des corps ; on y parvient en examinant comparativement le volume du cerveau et la capacité du crâne, la saillie ou l'affaissement des circonvolutions, et enfin l'état des vaisseaux encéphaliques ; car il ne faut pas perdre de vue aussi que la congestion, même légère, dans les vaisseaux, augmente

Les faits que nous avons rapportés paraissent suffisamment justifier les conclusions suivantes :

1. Il y a une apoplexie qui devient fatale sans laisser aucune trace de lésion morbide qui puisse être découverte dans le cerveau après la mort.

2. Dans d'autres apoplexies, on trouve dans le cerveau un épanchement séreux, souvent peu considérable.

3. Ces apoplexies ne peuvent être distinguées l'une de l'autre par aucun symptôme que l'on puisse supposer propre à indiquer aucune différence essentielle dans leur nature [1].

d'une part le volume de l'organe, et de l'autre la quantité de liquide séreux; de là, deux causes de compression. L'état de congestion des vaisseaux encéphaliques peut s'opérer rapidement, et déterminer l'attaque d'apoplexie; sous ce rapport il mérite déjà l'attention du praticien; s'il persiste, il augmente la quantité de sérosité qui suffit pour maintenir en permanence les symptômes du coma. Cette augmentation n'est pas seulement le résultat d'une sécrétion plus active, elle est aussi le résultat d'une diminution dans l'absorption, autre effet de la congestion vasculaire, qui s'observe dans toutes les parties où la gêne de la circulation détermine cette congestion. Aussi, dans tous les cas où il existe sur les cadavres une congestion veineuse encéphalique, trouve-t-on constamment la quantité de fluide céphalo-rachidien considérable; la résorption, dans ces cas, ne s'est pas faite après la mort.

M. Abercrombie n'a pas tenu compte de toutes ces circonstances, parce qu'il n'a pas arrêté ses idées sur l'existence du liquide céphalo-rachidien. Il est remarquable cependant qu'il ait été ramené à des idées analogues à celles qui découlent immédiatement des considérations relatives à ce liquide, et à ce qui arrive dans les congestions cérébrales, idées qu'il a suffisamment exprimées dans les conclusions ci-dessus, n°s 6 et 7.

A. N. G., *trad.*

[1] L'apoplexie qui dépend uniquement de la compression du cerveau par un épanchement séreux, offre cependant un caractère important à noter, qui s'est présenté dans tous les faits réunis ci-dessus; ce caractère est la *généralité* de la paralysie. La compression étant générale, on comprend que toutes les parties du cerveau suspendent également leur action sur les organes des sens et du mouvement. Cette *généralité* n'appartient à la vérité pas exclusivement à cette cause de maladie; cependant il me semble qu'il suffit qu'elle n'existe pas, pour qu'on ne soit pas fondé à admettre que les accidents dépendent exclusivement de la présence d'un fluide

4. On trouve quelquefois dans le cerveau, sans qu'il se soit manifesté aucun symptôme d'apoplexie, un épanchement séreux en quantité égale ou supérieure à celui que l'on rencontre après que ces symptômes ont existé.

5. Il est donc probable que l'épanchement séreux, rencontré dans le cerveau d'individus qui sont morts avec des symptômes apoplectiques, n'est pas la cause de ces accidents[1].

6. Les apoplexies, après lesquelles on ne découvre aucune lésion dans le cerveau, sont vraisemblablement produites par une cause qui doit être considérée comme un dérangement dans la circulation cérébrale, essentiellement distinct d'un état inflammatoire.

7. Les apoplexies après lesquelles on rencontre un épanchement séreux, sont probablement à leur début de même nature que celles qui ne laissent aucune lésion encéphalique apercevable. Je considère alors l'épanchement séreux comme le résultat de ce dérangement particulier de la circulation

séreux en trop grande quantité. On a cependant des faits dans lesquels ce fluide ne s'est trouvé augmenté en quantité que dans une partie des cavités qu'il remplit, comme par exemple dans un seul ventricule; dans ce cas, la paralysie est limitée à une moitié du corps: mais il faut remarquer que cette circonscription de l'épanchement dépend de l'occlusion d'un point des voies de communication des cavités, et le plus souvent de l'aquéduc de Sylvius ou du trou céphalo-rachidien, soit par un caillot de sang, soit par un grumeau albumineux, soit par une pseudo-membrane, d'où l'on voit que dans ces cas il a existé autre chose qu'une apoplexie séreuse simple. A. N. G., *trad.*

[1] Il paraît, au contraire, bien établi que c'est cet épanchement, ou plutôt l'augmentation de sérosité céphalo-rachidienne qu'il constitue, qui est la cause des phénomènes apoplectiques; mais il faut remarquer, et c'est là le point de vue capital en pratique, que l'augmentation normale de la quantité de sérosité n'est elle-même que l'effet de la congestion sanguine dont l'encéphale est devenu le siége. Il me paraît indubitable que c'est cette congestion, ou plutôt la modification de la circulation qui la constitue, qui est la maladie. M. Abercrombie est d'ailleurs de cette opinion, comme on le voit par les articles suivants, 6 et 7. A. N. G., *trad.*

dans le cerveau, qui constitue l'apoplexie simple. En d'autres termes, il est probable que la maladie qu'on a appelée apoplexie séreuse serait considérée avec plus de raison comme une apoplexie simple terminée par un épanchement séreux.

SECTION II.

DES CAS DE LA SECONDE ESPÈCE, DANS LESQUELS LA FORME APOPLECTIQUE NE SE MANIFESTE PAS DÈS L'INVASION.

Les cas que nous allons décrire dans cette section diffèrent d'une manière remarquable de ceux qui ont été proprement appelés *apoplexies*. L'apoplexie, dans ces cas, ne se manifeste pas de prime-abord. Si l'on observe dès le début de l'attaque une perte du sentiment et du mouvement, cet état disparaît en quelques minutes, peut-être même en quelques secondes, sans aucun remède. Le symptôme dominant au début de la maladie est une attaque subite de céphalalgie violente, portée souvent au point que le malade se lève brusquement en poussant un cri. Celui qui est frappé de cette apoplexie tombe quelquefois pâle, défaillant et épuisé, souvent avec de légères convulsions; mais cet état ne dure que très-peu de temps. Dans d'autres circonstances, le malade n'est pas ainsi renversé; il n'éprouve qu'une sensation pénible, subite et considérable, vers la tête, généralement avec pâleur, malaise général et souvent vomissements.

Après la première attaque, le malade se rétablit, au point d'être souvent capable de revenir à son domicile; les symptômes ultérieurs suivent alors une marche variable : en général, la douleur céphalalgique continue, souvent elle est fixée à un seul côté; le plus ordinairement il se manifeste des vomissements; le malade reste pendant quelque temps, comme une heure ou deux, faible et froid, avec une pâleur générale presque cadavéreuse : le pouls est faible et généra-

lement fréquent; la sensibilité est conservée, mais le malade est accablé; la chaleur et l'aspect naturel se rétablissent par degrés; le pouls reprend en même temps de la force. C'est alors que la face se colore; le malade devient de plus en plus accablé; il répond lentement et d'un air hébêté aux questions qu'on lui adresse; il tombe enfin dans le coma, qui ne se termine que par la mort. L'espace de temps dans lequel ces changements s'opèrent varie considérablement dans différents cas. Chez le sujet d'une des observations qui seront rapportées, cinq heures s'écoulèrent depuis la première attaque jusqu'au commencement du coma. Chez un autre, il se passa douze heures; chez un troisième, trois jours, et chez un quatrième, pas plus de quinze à vingt minutes. Le coma du premier de ces sujets se termina par la mort, en sept heures; celui du second, en trente-deux heures, et celui du troisième, en deux jours.

Nous rapporterons des faits qui ont présenté d'autres variétés dans la marche des accidents. Le coma se manifeste quelquefois avec une si grande rapidité, que la maladie se rapproche beaucoup d'une attaque d'apoplexie simple. Je suis cependant persuadé qu'il y a presque toujours un certain intervalle dans lequel le malade jouit de toutes ses facultés, et ne souffre que d'une violente céphalalgie, et que l'on n'observe pas cette perte immédiate et complète de sensibilité qui se manifeste dans ce qu'on doit rigoureusement appeler une attaque d'apoplexie. On trouvera un exemple de cette marche de la maladie dans l'observation CXIII. Le sujet de l'observation CVIII a aussi présenté, après la première attaque, l'intervalle d'une quinzaine, pendant laquelle il ne s'est manifesté aucun symptôme grave : la maladie reparut ensuite, et devint rapidement funeste. Dans le CIX^e^ fait, qui paraît avoir offert aussi une marche semblable des accidents, après trois jours de coma, le malade se

rétablit complètement, et tomba ensuite dans le délire maniaque, lequel dura six jours, et fit enfin place au coma, qui devint fatal au bout de trois jours. La malade qui fait le sujet de l'observation CVI, sortit temporairement, aussi après des évacuations, de l'état de coma, qui durait depuis environ douze heures; elle périt vingt heures après.

Les cas de cette espèce, si j'en juge d'après ma propre expérience, se terminent généralement par la mort. Ils constituent une modification de la maladie, qui diffère d'une manière remarquable de l'état d'apoplexie simple. On ne trouve plus à l'ouverture des cadavres, après cette maladie, ces lésions variées et douteuses qu'on rencontre dans les apoplexies; on observe une extravasation de sang uniforme et étendue. On est, ce me semble, fondé à admettre, d'après tous les faits recueillis sur cette maladie, qu'elle reconnaît pour cause prochaine la rupture immédiate d'un vaisseau considérable, sans aucun dérangement préalable dans la circulation. Cette rupture est probablement le résultat d'une maladie de l'artère au point où elle s'opère. A l'instant de la rupture, les fonctions du cerveau sont temporairement dérangées, mais elles reviennent promptement à leur état normal; cependant la circulation continue à apporter du sang sans interruption, jusqu'à ce que la quantité de sang extravasé soit suffisante pour produire le coma. Les choses se passent ici absolument de la même manière que lorsqu'il s'opère un épanchement de sang à la surface du cerveau après un coup à la tête. Le malade se rétablit rapidement des effets immédiats du coup, rentre chez lui, et au bout de quelque temps, comme après une ou deux heures, il tombe dans l'accablement, et enfin dans le coma; et si l'on enlève dans ce cas, par le trépan, le sang extravasé, le coma disparaît. On peut d'avance comprendre, d'après la nature de la maladie, la variété des accidents qu'elle peut

présenter. Il paraît dans quelques cas que l'extravasation se fait progressivement jusqu'à ce que la quantité de sang épanché soit suffisante pour produire un coma funeste. On peut croire, dans d'autres cas, que l'hémorrhagie est suspendue presque aussitôt que la rupture est effectuée, par la formation d'un caillot, et qu'après un intervalle considérable, il s'opère une nouvelle rupture qui devient funeste. Les choses se sont vraisemblablement ainsi passées dans les observations CVII et CVIII : on peut même quelquefois, dans des cas de cette espèce, distinguer par l'apparence les deux épanchements l'un de l'autre; quelquefois même le deuxième épanchement se fait sur un autre point du cerveau; c'est ce qui est probablement arrivé chez le sujet de l'observation CIX, qui s'est rétabli temporairement à un degré remarquable de l'état comateux. L'état apoplectique s'était manifesté deux heures après l'attaque, et avait continué pendant trois jours. Les évacuations auxquelles on eut alors recours eurent pour effet de rétablir la circulation, qui continua alors à rester imparfaite jusqu'à ce qu'elle fût de nouveau interrompue par un nouvel épanchement de sang dans le cerveau. La rapidité des progrès de la maladie, dans les cas de cette espèce, dépend probablement beaucoup du diamètre du vaisseau qui fournit le sang qui s'extravase : tantôt les accidents marchent très-lentement; tantôt ils sont extrêmement rapides, et il n'y a que très-peu d'intervalle entre l'invasion de l'attaque et la manifestation du coma complet. Les malades survivent quelquefois pendant un temps considérable aux attaques qu'ils ont éprouvées, tandis que d'autres fois la terminaison funeste survient avec une grande rapidité.

Les faits suivants ont été choisis pour montrer les variétés principales de cette forme intéressante de l'apoplexie.

§. I. *Coma succédant rapidement à la première attaque.*

Obs. CIII. Un ecclésiastique, âgé de cinquante-cinq ans, s'arrêta subitement en portant la main à sa tête, au milieu de son sermon, le dimanche 13 mai 1827; il fit ensuite des efforts pour continuer, mais il ne pouvait plus parler distinctement, il avait évidemment perdu la mémoire; il ne se soutenait qu'en s'accrochant à la chaire. On l'emporta immédiatement; il avait perdu la parole, et il était paralysé de tout le côté droit du corps; mais il paraissait avoir encore sa connaissance. L'accablement fit des progrès successifs, et vingt minutes après l'attaque, il était dans le coma complet. A peine l'avait-on descendu de la chaire, qu'il était pâle et froid, et son pouls était extrêmement faible. Il était dans le même état lorsque je le vis, environ une heure après l'invasion de l'attaque; j'ouvris la veine, mais je ne pus obtenir que très-peu de sang. La circulation se rétablit graduellement; une heure plus tard, on put pratiquer une large saignée, mais sans en obtenir aucun avantage. Tous les autres moyens ordinaires furent employés sans succès; le coma ne diminua pas un seul instant. Je le laissai avec les yeux fermés, la face pâle et livide, mais n'offrant aucune distorsion des traits : le pouls était faible, la déglutition impossible. La respiration, stertoreuse dans le premier moment, devint ensuite lente et gênée; il resta dans cet état jusqu'au milieu de la journée du lundi; il périt alors, environ vingt heures après l'attaque.

On trouva à l'ouverture du cadavre une grande quantité de sang épanché dans le ventricule gauche, d'où il avait passé en partie dans le ventricule droit, par la déchirure du septum-lucidum. Ce sang paraissait provenir de la substance du cerveau à la partie externe et antérieure du ventricule, où il existait une large et irrégulière déchirure

remplie de sang coagulé, et communiquant avec le ventricule. Toutes les artères du cerveau étaient ossifiées dans une grande étendue.

Obs. CIV. Un homme de trente-deux ans, très-replet, fut subitement pris, le soir du 3 septembre 1804, comme il était assis auprès du feu, d'une violente céphalalgie, suivie de vomissement : quelques minutes après, il tint des propos incohérents, et il tomba immédiatement dans un état d'insensibilité avec une légère convulsion; la face était extrêmement pâle, le corps froid, et le pouls à peine sensible. Cet état, qui ressemblait à une syncope, prit graduellement les formes d'une apoplexie; trois heures après l'attaque, la respiration était stertoreuse; le corps avait repris sa chaleur; le pouls donnait soixante-douze pulsations, et était assez fort; la face était encore pâle; il avait des vomissements fréquents; il ne pouvait avaler, et le coma continuait au même degré. Cet état comateux profond persista jusqu'à la mort, qui arriva vingt-neuf heures après l'attaque. Il ne survint jusqu'à la fin aucun changement dans les symptômes, sauf cependant que, pendant les douze dernières heures le pouls s'éleva de cent à cent douze pulsations. On eut recours, sans en tirer le moindre avantage, aux saignées et aux autres remèdes ordinaires.

Ouverture du cadavre. — Tous les ventricules cérébraux étaient distendus par du sang épanché et coagulé. Ce liquide paraissait s'être épanché dans ces cavités par une déchirure irrégulière qu'offrait la substance cérébrale.

§ II. *Intervalle de retour parfait des fonctions durant plusieurs heures entre l'attaque et la manifestation du coma.*

Obs. CV. Un homme de lettres, âgé de quarante-six ans, de petite taille, replet, d'une constitution molle, menant une vie sédentaire, fut pris tout d'un coup, en parlant en pu-

blic, le 28 avril 1807, d'une douleur à la tête, « comme si » sa tête avait éclaté, ou comme si le cerveau était trop vo- » lumineux pour la capacité du crâne. » Cette douleur disparut aussitôt, et il n'interrompit pas son discours; mais à peine l'avait-il terminé, qu'il se trouva extrêmement mal en quittant l'appartement. Il fut pris de frisson, de nausées et de vomissements répétés; il se plaignait de céphalalgie et de faiblesse; la face était pâle et le pouls faible. Au bout de quelques instants il put revenir chez lui, où je le vis à neuf heures du soir, une heure au plus après l'attaque. Il se plaignait alors d'une violente douleur au côté droit de la tête, qui venait par accès, dans l'intervalle desquels il était beaucoup mieux : il avait des nausées et des vomissements répétés; il se sentait froid et défaillant; il avait la face pâle et livide; le pouls était faible et avait de la fréquence : les sensations étaient conservées, mais il était très-abattu, et il ne faisait que des réponses très-brèves aux questions qu'on lui adressait. Il fut immédiatement saigné du bras, et le pouls prenant de la force à mesure que le sang coulait, on tira jusqu'à trente onces de ce fluide, sans obtenir aucun soulagement dans l'état du malade. L'accablement augmenta progressivement; à onze heures du soir, le malade était dans le coma, avec respiration stertoreuse et insensibilité complète. Il resta dans cet état jusqu'à la mort, qui arriva le lendemain matin à six heures : on avait eu recours à la saignée de la temporale, et à tous les autres moyens ordinairement employés dans ces circonstances, sans en retirer le plus léger avantage. Pendant les six dernières heures le pouls varia beaucoup; tantôt il était lent et petit, tantôt il était fréquent et plein; il passait très-rapidement de l'un à l'autre état. Peu de temps avant la mort, il était fort et fréquent; les pupilles avaient conservé leur état naturel; aucun symptôme de paralysie ne fut observé, à quelque période que ce fût de la maladie.

On trouva à la dissection du cadavre une grande quantité de sang coagulé sur toute la surface du cerveau, dans toutes les directions et au-dessous de la dure-mère, particulièrement du côté droit. Ce sang provenait évidemment de la substance de l'hémisphère droit, de l'épaisseur de laquelle il s'était échappé par une large déchirure. Cette déchirure communiquait avec une cavité creusée dans l'épaisseur de l'hémisphère, et également remplie de sang coagulé. Un caillot étendu se trouvait aussi à la base du cerveau, autour du cervelet et de la partie supérieure de la moelle épinière; il y avait environ une once de fluide séreux dans les ventricules.

Obs. CVI. Une dame de soixante-dix ans, bien portante et active pour son âge, se plaignait depuis un ou deux jours de céphalalgie; elle n'était cependant pas retenue à la chambre, et sa santé était d'ailleurs bonne. Le 7 août 1816, elle se plaignit subitement, en poussant des cris perçants, d'une céphalalgie violente. Elle fut prise de vomissements, et elle tomba dans un état semblable à la syncope. Son visage était extrêmement pâle, et son pouls était à peine perceptible: elle avait quelques apparences de convulsions; elle se rétablit en quelques minutes, et se coucha. Elle fut agitée toute la nuit; elle eut plusieurs vomissements, et trois ou quatre défaillances de quelques minutes de durée. On dit que pendant quelques-unes de ces défaillances elle fit entendre un bruit de gargouillement dans la gorge, et qu'elle eut des mouvements convulsifs des bras. Elle jouissait de toutes ses facultés dans les intervalles de ces défaillances, et elle se plaignait de céphalalgie. Elle tomba dans le coma sur les huit heures du matin du 8; il était environ dix heures lorsque je la vis; l'état comateux était complet; la respiration était stertoreuse; la face était pâle, les pupilles contractées, le pouls assez fort et peu fréquent: on eut recours

aux moyens ordinaires. Le soir, son état était tellement amélioré, que lorsqu'on l'eut soulevée dans son lit, elle prit dans ses mains un verre qui contenait une médecine purgative qu'elle but; elle semblait faire des efforts pour parler, mais elle n'y put parvenir : bientôt après elle retomba dans le coma complet; le pouls s'éleva la nuit à cent douze pulsations; il ne paraissait pas exister de paralysie. Le 9, le coma complet continua; elle mourut à quatre heures après midi.

Ouverture du cadavre. — Il y avait dans le lobe antérieur de l'hémisphère droit du cerveau, une cavité qui contenait un caillot du volume d'un petit œuf de poule. Le sang s'était répandu dans toutes les directions, sous la base du cerveau, et en dehors, sur les deux côtés, entre la dure-mère et l'arachnoïde, au point qu'il se trouvait du sang à la surface supérieure du cerveau, des deux côtés de la faux. La substance cérébrale autour du foyer était ramollie et désorganisée; il n'existait aucun épanchement dans les ventricules; l'état de vacuité de tous les vaisseaux sanguins était remarquable.

§. III. *Intervalle de trois jours après l'attaque et l'invasion du coma.*

Obs. CVII. Un jeune homme de dix-huit ans, ayant jusqu'alors joui d'une bonne santé, rentra chez lui avant dîner, après s'être livré dans la matinée à un exercice assez violent; il était assis auprès du feu, lorsqu'il se leva tout-à-coup inopinément en poussant sa chaise avec violence; et en s'écriant : « Oh! ma tête!..... » et au même instant, il tomba sur le plancher, privé de sentiment, et dans un état léger de convulsion; je le vis environ dix à quinze minutes après l'attaque : il avait repris connaissance; il était assis sur une chaise, et jouissait entièrement de ses facultés. Il

avait la face extrêmement pâle; tout le corps était froid et frissonnant; il se plaignait d'une violente céphalalgie; son pouls était faible et avait de la fréquence. On pratiqua immédiatement une saignée, sous l'influence de laquelle le pouls s'éleva; on y revint au bout de quelques heures, et l'on administra en même temps les purgatifs et les autres moyens ordinairement employés dans ces cas. Le froid et la pâleur générale disparurent au bout de quelque temps; il ne se plaignait plus alors que de céphalalgie violente, avec sentiment de roideur dans le cou, et avec douleur qui s'étendait en bas, suivant le trajet des vertèbres cervicales. Le pouls conservait de la fréquence, et avait une force convenable. Cet état persista pendant deux jours; l'intensité de la céphalalgie variait beaucoup et fréquemment : le malade se plaignait plus particulièrement du cou; le pouls était toujours à cent vingt pulsations, et même au-dessus, et assez résistant : les autres fonctions s'exécutaient naturellement, et le malade conservait ses facultés de relation; il jouissait aussi de l'usage de tous ses membres; il pouvait quitter le lit avec un peu d'aide, et rester assis pendant un temps assez prolongé. Le troisième jour, il était plus abattu; ses idées offraient quelque confusion, et il perdait la mémoire; les autres symptômes persistaient. Le quatrième jour, il tomba graduellement dans le coma, et mourut le lendemain; le pouls continua jusqu'à la fin à battre de cent vingt à cent quarante fois par minute. Il ne se manifesta aucune trace de paralysie, mais il y eut le cinquième jour des convulsions réitérées : on avait eu recours, sans aucun avantage, aux saignées et aux autres remèdes ordinaires.

On trouva à l'ouverture du cadavre tous les ventricules cérébraux remplis complètement de sang coagulé. Il existait dans la substance de l'hémisphère gauche une cavité formée par la déchirure de la substance cérébrale, remplie

aussi par un caillot], et communiquant avec le ventricule : il n'y avait du reste aucune trace de maladie.

§. IV. *Invasion du coma quinze jours après la première attaque.*

Obs. CVIII. Une dame de cinquante-six ans avait joui jusqu'alors d'une bonne santé, sauf quelques désordres passagers des fonctions de l'estomac; elle sortit, se portant très-bien, le mardi 30 juillet 1816; elle n'avait parcouru qu'un petit espace, lorsqu'elle fut prise d'une violente céphalalgie et d'étourdissements : immédiatement après, elle perdit connaissance et tomba. La connaissance revint presque aussitôt; la malade ne pouvant se soutenir, fut transportée chez elle. M. White, qui la vit alors, la trouva pâle et faible; elle avait de l'incohérence dans les idées, se plaignait d'une violente céphalalgie, et avait des vomissements répétés; le pouls était faible et donnait soixante-dix pulsations. Ces vomissements se reproduisirent fréquemment pendant deux jours, après lesquels ils se calmèrent : la céphalalgie violente dura une semaine. Pendant cette période, la malade fut en général confinée au lit; mais elle put le quitter par intervalles pour quelques instants. Son visage était pâle; son pouls donnait de soixante-dix à soixante-seize pulsations, et était assez faible; il y avait de l'appétit, mais le sommeil était mauvais : aucun symptôme de paralysie n'existait, et elle ne se plaignait d'aucune douleur, excepté d'une céphalalgie constante qu'elle rapportait toujours à la partie postérieure de la tête. Cette douleur diminua beaucoup à la fin de la semaine : elle se plaignit surtout alors de douleurs dans le dos et dans les membres, et de dysurie; le pouls restait dans le même état, et les facultés intellectuelles conservaient leur intégrité. Une deuxième semaine se passa dans cet état, sans qu'elle quittât le lit; mais vers la fin de cette

semaine son état parut s'améliorer. Le mardi 13 août, exactement quinze jours après la première attaque, elle fut prise subitement d'une violente céphalalgie, qu'elle rapportait particulièrement à la région postérieure de la tête; elle tomba en moins d'une heure dans le coma, et elle mourut trois heures au plus après. La face resta pâle et le pouls naturel. Je n'ai point vu cette malade pendant sa vie, mais j'étais présent à l'ouverture de son cadavre.

On trouva dans la substance du lobe antérieur de l'hémisphère droit du cerveau, une cavité remplie de sang coagulé qui eût pu contenir un œuf de poule. Une déchirure mettait cette cavité en communication avec le ventricule droit, et tous les ventricules étaient complètement remplis de sang coagulé; du sang qui semblait s'être échappé des ventricules en se frayant un passage sous les piliers postérieurs de la voûte, formait une couche mince sous la base du cerveau. Autour de la cavité creusée dans l'hémisphère droit, la substance cérébrale était très-ramollie et désorganisée : les deux reins étaient extraordinairement injectés; il y avait autour du droit une turgescence remarquable des veines, et du sang extravasé derrière lui dans le tissu cellulaire.

§. V. *Deux épanchements de sang distincts.*

Obs. CIX. Une dame de quarante ans, maigre, fut prise subitement, le 15 mai 1811, à deux heures après midi, de céphalalgie accompagnée de vomissements et de diarrhée, et en même temps d'incohérence dans les discours. Cette incohérence dura deux heures, après lesquelles elle tomba dans le coma. Je la vis à cinq heures, et je la trouvai dans l'état de coma complet : la face était pâle; la peau était plutôt froide que chaude, la respiration naturelle; le pouls donnait soixante-cinq pulsations; il était mou et faible. Pen-

dant tout l'après-midi, elle eut de fréquents vomissements et des évacuations diarrhéiques répétées : il n'y eut aucun autre changement dans les symptômes; on pratiqua une large saignée, et l'on appliqua un vésicatoire sur la tête; elle ne pouvait plus avaler. Elle resta les 16, 17 et 18 dans cet état de coma complet; elle n'ouvrait jamais les yeux, et elle ne manifestait pas la moindre sensibilité; seulement elle retira son bras avec violence lorsqu'elle fut saignée. Elle agitait fréquemment tous ses membres, et se retournait de temps en temps dans son lit : les pupilles se contractaient légèrement lorsqu'on approchait une lumière de ses yeux; sa face était parfois légèrement colorée, mais elle était en général pâle. Le pouls, assez résistant, donnait de soixante-dix à quatre-vingts pulsations. Il n'y eut point de retour de la diarrhée après le 15 : les saignées générales et locales furent employées, ainsi que les purgatifs et les autres moyens ordinairement usités dans ces cas. Le 18 au soir, elle sortit presque subitement du coma, comme une personne qui sort du sommeil; elle regarda autour d'elle, tira la langue lorsqu'on lui demanda à la voir, et prit tout ce qu'on lui offrit; elle parla peu, mais avec incohérence. Le 19 et le 20, elle tint beaucoup de discours incohérents; elle semblait parfois comprendre ce qu'on lui disait, mais elle ne pouvait rendre raison de ce qu'elle éprouvait; elle disait seulement qu'elle était bien mal; le pouls battait de soixante-dix à quatre-vingts fois. Le 21 et le 22, elle ne cessa de délirer; elle était par instants intraitable, et faisait des efforts pour quitter son lit; sa face était alors colorée, tandis qu'elle était pâle à tous autres instants : le pouls variait de quatre-vingt-dix à cent vingt pulsations, et était faible et irrégulier; elle semblait privée de la vue, mais elle avait l'usage de tous ses membres. Le 23, elle fut dans un délire maniaque continuel. Le 24 et le 25, elle devint calme et traitable, mais en même temps très-faible. Le pouls était

petit et faible; la peau était froide et enduite d'une sueur visqueuse; elle semblait parfois voir et reconnaître ceux qui l'entouraient. Le 26, retour du coma avec les paupières entr'ouvertes et les yeux portés en dehors : le pouls donnait de quatre-vingts à cent pulsations; il était faible; la face était pâle; elle ne pouvait avaler ; ce coma complet persista le 27 et le 28; elle mourut dans l'après-midi du 29. Le pouls continua jusqu'à la fin à donner environ quatre-vingt-dix pulsations.

Ouverture du cadavre. — Tous les ventricules cérébraux étaient remplis d'un liquide brun comme du café. Il existait dans la substance de l'hémisphère droit une cavité qui contenait un caillot de sang du volume d'un œuf. Cette cavité communiquait avec le ventricule; la substance cérébrale qui l'environnait immédiatement était très-ramollie et désorganisée. Dans l'hémisphère gauche, à sa partie supérieure et postérieure, se trouvait une cavité du diamètre d'une grosse noix, remplie d'une matière brune, qui ressemblait à du sang coagulé, mais considérablement changé dans son apparence : il était plus dense que du sang récemment coagulé, et d'une couleur brune mêlée de parties d'une teinte moins foncée, qui paraissaient être de la substance cérébrale malade. La substance cérébrale autour de ce foyer était désorganisée et très-ramollie.

Comme dans les faits précédents, certaines parties de la substance même du cerveau semblent être la source la plus commune des hémorrhagies dans les cas de cette espèce ; il arrive aussi quelquefois, quoique beaucoup plus rarement, que l'extravasation est limitée dans les ventricules. Dans l'observation suivante, le sang ne s'était épanché que dans les troisième et quatrième ventricules.

§. VI. *Extravasation confinée aux troisième et quatrième ventricules, avec maladie remarquable des artères cérébrales.*

Obs. CX. Un homme de cinquante-cinq ans, maigre et d'une frêle constitution, eut environ six mois avant sa mort une attaque d'hémiplégie, qui se dissipa graduellement par traitement ordinaire. Le 10 octobre 1819, il se plaignit subitement après dîner, de vertiges et de malaise : il passa dans une autre chambre, où on le trouva quelques minutes après se soutenant au poteau du lit; ses idées étaient confuses, et il était pâle; on le coucha; il tomba aussitôt dans un commencement de coma. Il marmottait entre les dents, et faisait des efforts pour se faire entendre. Je le vis plus d'une heure après l'attaque; il était pâle et livide; le pouls était mou, languissant et ralenti; les yeux étaient ouverts, mais il ne semblait pas comprendre ce qu'on lui disait. On ouvrit une veine, qui fournit très-peu de sang; la circulation paraissait extrêmement languissante. Quelques instants plus tard il fut saigné de nouveau par le docteur Aitkin. On put tirer plus de sang, mais il n'en résulta pas de soulagement : il tomba dans le coma complet, et périt vers les trois heures du matin.

Ouverture du cadavre. — Les ventricules latéraux contenaient une quantité considérable de sérosité sanguinolente; le troisième et le quatrième ventricules étaient remplis de sang coagulé; les artères du cerveau étaient, dans une grande étendue et en plusieurs points, dans un état de maladie remarquable; elles étaient ossifiées : la membrane interne de ces vaisseaux présentait en plusieurs points un singulier état morbide; elle était fort épaissie et d'une consistance molle, pulpeuse. En comprimant un fragment de l'artère entre les doigts, on exprimait de larges portions de sa membrane interne.

Dans les cas que nous avons rapportés jusqu'ici, l'hémorrhagie a semblé provenir des artères profondes du cerveau. Dans les deux faits suivants, que je dois au docteur Barlow, de Bath, et au docteur Hunter, d'Édimbourg, le sang épanché paraît avoir été fourni par les vaisseaux superficiels du cerveau.

§. VII. *Extravasation de sang à la surface du cerveau.*

OBS. CXI. Un homme d'environ soixante-trois ans, mince et grand, tempérant dans ses habitudes, fut pris d'apoplexie le 2 mai 1822 au matin. Une saignée le tira rapidement de cet état; son état continua à s'améliorer toute la journée, et le 3 au matin, il semblait entièrement rétabli. Cependant, vers les deux heures, il y eut un retour de l'attaque, pour lequel il fut de nouveau copieusement saigné, mais sans que la connaissance se rétablît. C'est alors que le docteur Barlow le vit, et eut recours, sans succès, de la manière la plus active, à tous les moyens ordinaires. Le 4 mai, il était encore dans le coma; il y resta jusqu'à dix heures du soir, que la connaissance se rétablit, mais seulement pour un temps très-court. Le 5, il eut un retour de connaissance, qui dura trois heures; il reprit ensuite de nouveau l'usage de ses facultés pour environ un quart d'heure dans la soirée. Le 6, il y eut encore un intervalle lucide d'environ une heure et demie; mais le 7, le coma persista tout le jour. Il y eut le 8 un léger retour de connaissance dans la matinée; et vers le soir, les facultés se rétablirent pendant plusieurs heures. Pendant toutes ces variations, la liberté du ventre fut entretenue; le pouls resta à soixante-douze pulsations, et conserva de la mollesse : on n'observa pas de trace de paralysie. Le 9, il y eut de la léthargie avec de la respiration stertoreuse; mais après une saignée locale et l'action d'un purgatif, son état fut beaucoup plus amélioré;

il passa une nuit tranquille. Le 10, au matin, toutes les facultés étaient entièrement rétablies; c'est alors qu'on reconnut qu'il avait perdu la vue de l'œil droit, qui était porté en dehors. Le 11, il avait les yeux fermés; mais il prit de la nourriture, et répondit intelligiblement aux questions qu'on lui adressa. Il resta pendant toute la journée du 12 dans un état léthargique; mais il pouvait répondre aux questions qu'on lui adressait lorsqu'on l'en faisait sortir. Cet état continua le 13 : dans l'après-midi de ce jour, il y eut une augmentation de la stupeur avec difficulté d'avaler. Il fut encore soulagé par une application de sangsues, un purgatif et un vésicatoire à la nuque; mais ce soulagement ne fut que passager. Le coma devint de plus en plus profond, et la mort arriva le 16 dans la matinée.

On trouva à l'ouverture du cadavre un abondant épanchement de sang à la surface du cerveau. Cette couche de sang était fort adhérente à la dure-mère, et se détachait par lambeaux comme une membrane. La substance cérébrale était saine, et il n'y avait pas d'épanchement dans les ventricules.

En me communiquant ce fait important, le docteur Barlow m'a fait remarquer que les retours fréquents des facultés semblaient pouvoir faire concevoir l'espérance qu'il ne s'était encore effectué aucune extravasation de sang irrémédiable, et que cependant on a reconnu qu'il n'en existait pas moins un épanchement sanguin. Il s'est demandé si l'état léthargique indiquait cette extravasation? et si cela était, comment une cause permanente aurait-elle produit un effet si variable? Je n'entreprendrai point, quant à présent, de répondre à ces questions [1].

[1] Ce fait démontre, comme celui que j'ai rapporté dans la note de la page 290, que l'intermittence d'accidents cérébraux n'exclut pas la permanence d'un désordre local encéphalique. Toutefois, en lisant l'observation ci-dessus de M. Abercrombie, on ne peut s'empêcher de remar-

Obs. CXII. Un homme de trente-cinq ans environ, gardien d'une taverne, habitué à l'usage des liqueurs spiritueuses, avait bu jusqu'à l'ivresse, dans la nuit du 12 au 13 juillet 1816. Vers sept heures du matin, on le trouva dans de violentes convulsions. On ne put obtenir aucun renseignement sur son état antérieur, si ce n'est qu'il avait bu pendant la soirée une très-grande quantité d'eau-de-vie de grain, et que, lorsqu'on l'avait quitté à trois heures du matin, il marchait dans la maison, mais qu'il était incapable de parler. Le docteur Hunter le vit à huit heures moins un quart; il était alors couché sur le côté gauche dans un état d'insensibilité complète, avec la respiration laborieuse; la salive coulait de sa bouche; ses yeux étaient fort injectés et renversés; la cornée de l'un et l'autre était cachée entièrement sous la paupière supérieure; le pouls donnait cent vingt pulsations, et était large et mou. Pendant que le docteur Hunter était auprès de lui, il fut encore pris des convulsions, qui commencèrent dans la mâchoire, qui était portée de droite à gauche avec une grande force, d'où résultait un bruit très-fort de grincement de dents. Ces mouvements spasmodiques s'étendaient au corps et aux extrémités, qui se roidissaient d'abord violemment et restaient ainsi en convulsion pendant une à deux minutes, après lesquelles les convulsions cessaient, et le laissaient, comme il était auparavant, dans un état d'insensibilité complète. Ces attaques se renouvelèrent quatre fois sous cette forme sous les yeux du docteur Hunter, pendant environ une demi-heure qu'il resta auprès du malade. La mort arriva dans une autre attaque de même espèce, qui se renouvela dix minutes après. On eut recours de la manière la plus rationnelle à la saignée, et aux autres moyens qu'on eut le temps d'employer.

quer la ressemblance de la marche de la maladie avec celle d'une fièvre intermittente soporeuse. A. N. G., *trad.*

Ouverture du cadavre. — A l'enlèvement de la voûte du crâne, on trouva disséminées à la surface de la dure-mère de très-petites portions de sang coagulé, qui semblait provenir de ces petites élévations qu'on considère comme glanduleuses, qui se trouvent à la surface externe de la dure-mère : ces élévations étaient très-vasculaires et très-gorgées de sang. La surface interne du crâne présentait de petites dépressions correspondantes à ces petits corps; l'enlèvement de la dure-mère mit à découvert un caillot de sang qui couvrait et cachait complètement l'hémisphère droit du cerveau : ce caillot avait environ deux lignes d'épaisseur sur le lobe moyen; il devenait graduellement plus mince en s'étendant sur les lobes antérieur et postérieur; il s'étendait jusque sur la base du cerveau. Ce caillot enlevé pesait environ cinq onces : sur l'hémisphère gauche, les veines étaient gorgées de sang; tandis qu'à la surface de la moitié droite du cerveau elles étaient absolument vides. On ne put cependant trouver la source de l'hémorrhagie; l'estomac fut examiné avec soin; il ne contenait que de l'air et du mucus à l'état sain.

Je dois l'observation suivante au docteur Macauley; elle a pour objet un fait des plus remarquables. Je n'ai jamais rencontré de maladie cérébrale qui se soit terminée aussi rapidement.

Obs. CXIII. Une femme de cinquante-quatre ans, qui était, depuis plusieurs années, sujette à des céphalalgies, passa la soirée du 25 juin 1819, dans une assemblée très-nombreuse, et parut jouir d'une bonne santé. Vers la fin de cette assemblée, elle poussa un cri perçant et convulsif, et tomba immédiatement dans un état d'insensibilité. On l'emporta, et elle fut vue par le docteur Macauley, qui était présent. Il la trouva dans un état de pâleur et d'insensibilité

complète ; le pouls était faible ; elle avait cessé d'exister cinq minutes après l'invasion.

Ouverture du cadavre. — Les téguments de la tête étaient fort injectés de sang. La dure-mère enlevée, on trouva une couche très-mince et très-étendue de sang extravasé, ou, pour mieux dire, une ecchymose qui couvrait presque toute la surface du cerveau. Un caillot de sang, du volume d'une grosse fève, se trouva dans la substance du lobe antérieur de l'hémisphère droit du cerveau. Tous les autres viscères furent examinés avec la plus minutieuse attention : on ne put trouver de trace de maladie, excepté un tubercule du foie et une petite plaque d'ossification à l'aorte abdominale.

§. VIII. *Extravasation de sang dans le cervelet.*

Lorsque l'extravasation de sang se fait dans le cervelet, ou à la partie inférieure de cet organe, les symptômes paraissent marcher avec plus de rapidité que lorsque c'est dans la substance du cerveau que l'épanchement s'opère ; les deux observations suivantes sont des exemples de cette forme d'apoplexie ; je dois la seconde à l'obligeance de feu le docteur Hennen.

Obs. CXIV. Une sage-femme, d'environ soixante-dix ans, replète et de petite stature, étant auprès du lit d'une femme en travail, s'écria subitement : « Je suis morte ! » et tomba presque immédiatement dans un état de coma, avec quelques vomissements. Elle resta ainsi dans l'état comateux, sans aucun changement dans les symptômes, pendant quarante heures, et périt.

On ne trouva, à la dissection de son cadavre, aucune autre lésion morbide qu'un caillot, du volume d'un œuf de pigeon, dans le lobe droit du cervelet.

Obs. CXV. Un soldat du 10e régiment de hussards, d'une complexion grêle, fut pris, environ un mois avant sa mort, d'une douleur dans le derrière de la tête, qui se dissipa rapidement par l'application d'un vésicatoire. Le 22 juillet 1819, il fut pris d'étourdissements et tomba. Aussitôt qu'il fut relevé, il vomit, et se plaignit d'une violente céphalalgie et de faiblesse. Il conservait d'ailleurs toute sa sensibilité; il était très-pâle, et son pouls était petit et languissant. Porté à l'hôpital, il y resta dans le même état. Il demanda de l'eau froide, qu'il but; il sembla revenir de sa faiblesse; mais il resta très-pâle. Quelques minutes après, ses yeux devinrent fixes. Il fit de profondes inspirations, et périt en moins de deux minutes; il avait perdu, dès le moment de sa chute, le mouvement des extrémités supérieures et inférieures.

Ouverture du cadavre. — On ne trouva rien d'insolite dans le cerveau. A l'incision de la tente du cervelet, on trouva les vaisseaux de ce viscère très-engorgés. Après avoir enlevé le cervelet, on découvrit, au-dessous de cet organe, un caillot de sang, du poids de deux onces environ, qui entourait le trou occipital.

§. IX. *Extravasation de sang dans la substance de la protubérance annulaire.*

Obs. CXVI. Un homme de trente-sept ans était, depuis plusieurs mois, dans un mauvais état de santé. Il ressentait parfois une oppression à la poitrine, et de la difficulté de respirer: il avait aussi des douleurs dyspeptiques, et quelquefois des vomissements; sa peau était d'une teinte jaune, et il souffrait un malaise considérable à la région du foie. Les médecins lui avaient conseillé, pour ces accidents, de quitter les contrées septentrionales qu'il habitait, pour aller à Cheltenham: il arriva à Édimbourg, avec cette intention;

le 22 mars 1828. Je le vis le lendemain avec M. Wishart; il avait le pouls fréquent, la teinte de la peau livide; l'expression de ses traits indiquait un état d'anxiété et de fièvre. Il se plaignait surtout d'oppression autour de la poitrine, et de douleur dans la région du foie. La respiration se faisait très-imparfaitement dans tout le côté droit du thorax, et les extrémités étaient œdémateuses. Des saignées locales, des purgatifs, etc., le soulagèrent beaucoup. Le 24, il se trouvait lui-même beaucoup mieux; mais son pouls conservait de la fréquence. Le 25 au matin, il fut pris subitement d'étourdissements avec la sensation de bruit et de confusion dans la tête, et d'un engourdissement dans tout le côté droit. Il était dans un état d'accablement, mais sans coma : il répondait bien distinctement aux questions qu'on lui adressait, mais avec une voix forte et toute particulière; il se plaignait surtout de bruit dans la tête, d'une sensation de lourdeur et d'engourdissement du bras et de la jambe droite, avec beaucoup de fourmillements et perte de force dans ces parties : cependant lorsqu'il serrait la main d'une autre personne avec la sienne, la force musculaire ne semblait pas diminuée; il avait l'air égaré et stupide; les yeux étaient dans l'état naturel; les traits étaient légèrement tirés de côté, et la parole était jusqu'à un certain point embarrassée; le pouls donnait cent vingt pulsations.

Après de larges saignées et l'emploi des autres moyens ordinaires, les symptômes prirent graduellement un aspect plus favorable, et au bout de quatre à cinq jours, le malade fut considéré comme hors de tout danger immédiat, quoique les effets de l'attaque n'eussent aucunement cessé : le pouls était devenu naturel, la prononciation distincte, et les facultés intellectuelles avaient repris leur intégrité; la vue était bonne, et les yeux avaient leur aspect naturel; il existait un léger degré de paralysie de la paupière supérieure de l'œil droit; la respiration était facile, et il ne se plaignait

que d'une sensation de gêne et de roideur avec engourdissement du bras et de la jambe droite : son regard était cependant toujours égaré et tout particulier; l'appétit était bon et la digestion se faisait bien; les évacuations alvines étaient aisément régularisées. Les forces se rétablissaient, et il pouvait rester levé une partie de la journée. Cet état continua jusqu'au 14 avril, qu'il se manifesta beaucoup de fréquence dans le pouls, sans aucun changement dans les symptômes. L'état fébrile persista les deux jours suivants, pendant lesquels les forces déclinèrent rapidement : il mourut le 16 au soir. Il conserva jusqu'à la fin ses facultés intellectuelles, et il sembla avoir acquis pendant la fièvre une plus grande influence de la volonté sur les mouvements des membres du côté malade. Vers le commencement de sa maladie, au 25 mars, il s'était plaint d'une douleur considérable en urinant : l'urine avait même été sanguinolente pendant un jour ou deux, et il y avait une assez vive sensibilité à la région de la vessie. Ces accidents se calmèrent au bout de quelques jours, et il commença à s'écouler une quantité considérable de fluide puriforme, d'une fétidité remarquable, qui précipitait en peu de temps des urines au fond du vase dans lequel elles étaient reçues. Cette excrétion d'urine puriforme continua pendant tout le reste de sa vie, bien qu'elle fût beaucoup diminuée en quantité pendant les jours qui précédèrent l'invasion du dernier accès de fièvre. Les urines étaient alors abondantes et excrétées sans difficulté.

Ouverture du cadavre. — Le cerveau et le cervelet étaient, sous tous les rapports, dans l'état de santé le plus parfait; l'on ne rencontra aucune trace de maladie jusqu'à ce qu'on séparât le cervelet de la protubérance annulaire. L'incision de ce dernier organe mit à découvert une cavité qui eût pu contenir une grosse noisette, revêtue d'une membrane molle, et remplie d'un caillot de sang noir bien consistant.

Cette cavité était creusée partie dans la substance de la protubérance, et partie entre elle et la base du cervelet; elle portait davantage sur le côté gauche que sur le côté droit. La substance environnante était ramollie et parsemée de points d'un rouge noir, qui indiquaient une injection de sang noir. Il existait dans le thorax un épanchement d'au moins deux livres de sérosité. Le poumon droit était refoulé sur lui-même et hépatisé dans une grande étendue. Le poumon gauche était très-infiltré de fluide séro-purulent. Le foie avait considérablement augmenté de volume, et était d'une couleur cendrée pâle; sa texture était granuleuse. Le rein gauche était pâle, induré et tuberculeux. La surface interne de la vessie était très-injectée; et elle présentait très-distinctement en plusieurs points des ulcères arrondis d'environ trois lignes de diamètre [1].

[1] Le fait suivant offre en même temps un exemple d'épanchement sanguin dans la protubérance, et de plusieurs épanchements de sang survenus en divers points du cerveau, probablement par suite de maladie des artères.

Obs. CXVI (*bis.*) Une femme de quarante ans, habituellement bien portante jusque il y a huit ans, devint alors sujette à des palpitations fréquentes et à des étouffements; elle eut ensuite, mais à une année d'intervalle l'une de l'autre, deux attaques d'apoplexie. Chacune de ces attaques fut précédée de céphalalgie, d'étourdissements, et une fois de violents vomissements. Bien rétablie de ces attaques, elle ne conserva d'infirmité de la dernière, qu'une légère faiblesse dans la jambe gauche, qu'elle traînait en marchant. La dernière attaque avait été précédée, quelques semaines auparavant, d'un accouchement heureux, mais qui avait donné le jour à un enfant mort. Le 27 décembre 1832, cette femme passa la journée avec une légère céphalalgie et ayant quelques étourdissements. A six heures du soir, elle fut prise de vomissements répétés; à sept heures, elle tomba subitement sans connaissance; un médecin, immédiatement appelé, lui pratiqua une saignée, lui fit appliquer douze sangsues derrière les oreilles, et l'envoya à l'hopital Cochin, où elle fut couchée dans mon service. Le lendemain, je la trouvai dans l'état de coma où elle était restée immédiatement après l'attaque. La respiration était stertoreuse, la bouche était entr'ouverte et non déviée, une salive écumante en découlait; les yeux étaient entr'ouverts, les pupilles immobiles; tous les membres soulevés retombaient comme des corps inertes. La sensibilité de la peau était ob-

§. X. *Épanchement de sang dans tous les ventricules et sur toute la longueur de la moelle épinière.*

Je termine cette partie de mon travail par le fait suivant, qui est un exemple de l'extravasation de sang la plus consi-

tuse, mais non complètement éteinte, car on provoquait des mouvements, très-bornés, à la vérité, lorsqu'on pinçait la malade ; mais sur les membres gauches et la moitié gauche du tronc, la sensibilité était éteinte. Les muscles étaient dans le relâchement, la peau était chaude et sèche, le pouls large, résistant assez développé, ne présentait aucune fréquence anormale. Deux saigées du bras, de dix onces chacune, furent pratiquées sans aucun changement dans l'état de coma, où la malade était depuis l'invasion ; elle n'en sortit point, et mourut dans la nuit suivante.

Ouverture du cadavre, pratiquée vingt-sept heures après la mort. — La substance cérébrale était généralement molle sans présenter aucun aspect anormal. Toutes les artères cérébrales étaient parsemées de concrétions jaunâtres, molles, extrêmement friables. Les gonflements et rétrécissements alternatifs de ces canaux artériels malades, leur donnaient l'aspect de chapelets. Les ventricules latéraux étaient vides et avaient leur capacité normale. La substance cérébrale était très-molle dans toutes ses parties en s'approchant des ventricules. Dans l'épaisseur de la couche optique droite, se trouvait une petite cavité qui aurait pu recevoir une fève de haricot. Cette cavité, grisâtre à son pourtour, était tapissée d'une membrane excessivement ténue. Le tissu cérébral, autour de cette cavité, était grisâtre, mais sans aucune trace d'infiltration sanguine. Entre la couche optique et le corps strié, se trouvait une cavité qui eût pu recevoir une grosse noisette, et qui était remplie d'un sang noirâtre, coagulé, gélatineux, entouré de sérosité. La pulpe cérébrale, très-molle sur les parois de ce foyer, était grise, rougeâtre. Les parois de ce foyer, assez inégales, rugueuses, étaient comme tomenteuses. Dans le centre de la protubérance cérébrale, était creusé un foyer rempli de sang coagulé en un caillot, qui avait le volume d'une noix. Ce caillot se prolongeait vers le quatrième ventricule dans lequel il pénétrait. Le tissu de la protubérance et du cervelet, à plusieurs lignes autour de ce caillot, était rouge, floconneux, et tellement mou, qu'il était entraîné par la percussion du plus petit filet d'eau. On n'a pu découvrir le vaisseau d'où était provenu cet épanchement de sang. Dans l'hémisphère gauche du cerveau, en dehors et sur la partie antérieure et supérieure du corps strié, se trouvait un corps d'un jaune légèrement rougeâtre, du volume d'une aveline, ne paraissant présenter aucune organisation, n'étant circonscrit par aucune membrane ; et se continuant sans intermédiaire avec la substance cérébrale environnante, assez

dérable que j'aie encore rencontrée. Ce fait est d'ailleurs aussi remarquable par l'âge du malade qui en a été le sujet, et par la ressemblance des accidents qui se sont présentés avec ceux qui se manifestent dans les inflammations qui se terminent par épanchement.

Obs. CXVII. Un enfant de neuf ans, qui se portait bien auparavant, se réveilla en se plaignant de douleurs à la tête, dans la nuit du 18 mai 1829 : il survint ensuite des vomissements et une légère convulsion. Le 19, il fut vu par M. Brown, qui le trouva se plaignant encore de céphalalgie et vomissant par instants, mais n'éprouvant du reste aucun symptôme urgent. Ces accidents semblèrent se calmer graduellement par les moyens ordinaires, et le 25, le petit malade paraissait entièrement rétabli. Mais dans l'après-midi de ce jour, les convulsions revinrent, et il se plaignit beaucoup de la tête : dans la soirée, le pouls donnait soixante-quatre pulsations. Le 26 et le 27, le malade se trouvait mieux, mais il paraissait assoupi; le pouls était lent, et il y avait de la constipation. Le 28, deux attaques de convulsions se manifestèrent; la deuxième, qui fut très-

molle, mais saine. — Le ventricule gauche du cœur était hypertrophié dans ses parois et dilaté vers sa pointe, ce qui donnait à sa cavité une forme pyriforme; ses colonnes charnues étaient atrophiées, et avaient presque complètement disparu. Il ne restait guère que celles de la valvule mitrale. Cette valvule était saine. L'aorte présentait un épaississement notable de ses parois; sa tunique interne était rugueuse, rouge, jaunâtre, couverte de plaques jaunes friables, très-molles. Cet état morbide se prolongeait dans toutes les grosses artères qui naissent de la crosse de l'aorte et dans leurs divisions, aussi loin qu'on pouvait les suivre. — L'utérus contenait, dans l'épaisseur de sa paroi antérieure, deux tumeurs arrondies, dures, fibreuses, du volume d'une petite noix.

L'ouverture du cadavre nous a ainsi fait retrouver chez cette femme, les traces des attaques d'apoplexie qu'elle avait antérieurement éprouvées. Ces attaques avaient eu pour cause immédiate des épanchements de sang dans l'épaisseur du cerveau. A. N. G. *trad.*

intense et continua pendant plusieurs heures, affectait principalement le côté gauche du corps; le pouls s'éleva à cent trente pulsations par minute. Le 29, il y eut encore de l'amélioration; mais de ce moment le malade tomba dans l'assoupissement, qui devint de plus en plus profond; enfin le malade tomba dans le coma avec strabisme, et par instants avec des mouvements convulsifs des membres. La mort arriva le 3 juin, après une violente convulsion, qui dura plusieurs heures. Je voyais ce malade depuis le 29, de concert avec M. Brown.

Ouverture du cadavre. — La surface du cerveau était saine, les ventricules latéraux étaient distendus par un liquide brun sanguinolent; et chacun d'eux contenait un caillot de sang coagulé, du volume d'une grosse noix, dans le ventricule droit, et d'un moindre volume dans l'autre ventricule. Le troisième et le quatrième ventricules étaient entièrement remplis de sang coagulé très-dense. Du fond du quatrième ventricule, le coagulum sanguin s'étendait au dehors jusque sur la base du cervelet et du cerveau, et autour de la moelle allongée. Le canal rachidien ayant ensuite été ouvert, la dure-mère de la moelle épinière se trouva remarquablement distendue, et le cordon rachidien fut trouvé entièrement enveloppé dans toute son étendue par une couche uniforme et très-dense de sang coagulé. Le cerveau et la moelle épinière étaient exempts de toute lésion dans leur tissu, en sorte qu'il fût impossible de découvrir la source de l'hémorrhagie.

Le sang qui s'extravase dans la tête semble provenir de sources très-variables.

I. La plus commune est probablement la rupture d'un vaisseau d'assez petit diamètre dans la substance du cerveau. Le sang provenant de ce vaisseau se fraie, par déchirement de la pulpe cérébrale, une voie, soit dans les ven-

tricules, soit à la surface du cerveau, ou en même temps dans ces deux directions à la fois, comme cela est arrivé dans un cas rapporté par Morgagni. Les recherches pour déterminer spécialement quels sont les vaisseaux lésés, sont en général inutiles, cependant le docteur Cheyne a pu y parvenir dans quelques cas [1]. En général de nombreux vaisseaux peuvent se rompre par un déchirement étendu du tissu cérébral : c'est très-probablement à cette cause qu'il faut rapporter cette forme, quelquefois observée, dans laquelle il semble que l'extravasation se soit opérée en même temps par plusieurs points. M. Serres a recueilli un fait qu'il a consigné dans l'annuaire des hôpitaux de Paris, dans lequel la rupture s'opéra dans la substance du pont de Varole, et d'où le sang se fraya un chemin jusqu'à la fosse occipitale.

II. Le sang épanché est quelquefois fourni par les vaisseaux de la superficie du cerveau : c'est ce qui est arrivé probablement dans les faits remarquables que les docteurs Hunter et Barlow nous ont communiqués. Cette forme de la maladie paraît être celle que M. Serres appelle *apoplexie méningienne*. Le sang semble en général s'être accumulé entre la dure-mère et l'arachnoïde. Fernel et Tulpius ont néanmoins rapporté des cas dans lesquels le sang extravasé paraissait rassemblé sous la pie-mère, et semblait provenir du plexus vasculaire rétiforme de la base du cerveau.

III. L'ulcération et la rupture d'un des principaux troncs artériels sont dans quelques cas la cause de l'hémorrhagie. Le docteur Mills a recueilli un fait dans lequel l'hémorrhagie

[1] On parvient beaucoup plus souvent qu'on ne le pense en général, à trouver l'origine des hémorrhagies cérébrales, et à distinguer les vaisseaux qui les ont produites, en ayant le soin de procéder aux recherches sur le cerveau, en partant des vaisseaux qui se trouvent dans la scissure de Sylvius, et en suivant les ramifications de ces vaisseaux dans les circonvolutions et dans la substance du cerveau. A. N. G., *trad.*

provenait évidemment d'une ulcération et d'une rupture de l'artère basilaire; une pareille lésion de la carotide interne a été décrite par Morgagni, et récemment par M. Serres.

IV. Le sang extravasé provient quelquefois des vaisseaux des plexus choroïdes, comme dans le fait recueilli par De Haen. Telle est probablement la source de l'hémorrhagie dans le cas où elle est confinée dans un ventricule sans aucune déchirure de la substance du cerveau. Le sang extravasé chez le sujet de l'observation CX, était rassemblé dans les troisième et quatrième ventricules.

V. La rupture d'un des sinus peut être la source de l'hémorrhagie, comme dans une observation du docteur Douglas, qui présenta une rupture du sinus latéral gauche[1].

VI. On a vu l'épanchement déterminé par la rupture de petits anévrismes dans différents points des vaisseaux cérébraux. Dans un fait observé par M. Serres, on trouva sur l'artère basilaire un anévrisme qui présentait, lorsqu'il était distendu, le volume d'un petit œuf de poule. Une livre de sang s'était extravasée après la rupture de cette tumeur. Le sujet de cette observation avait été depuis long-temps sujet à une sensation de pesanteur à la tête; il était dans un état de stupidité qui ne peut s'exprimer, et qui augmentait encore par les exercices du corps et par l'usage des liqueurs fortes. On a rapporté dans les *Archives générales de Médecine* une observation sur une apoplexie qui succéda à la rupture d'un petit anévrisme du cercle artériel de Willis.

VII. Le docteur Watts a consigné, dans le *Medical and surgical Register* de l'hôpital de New-Yorck, un fait très-rare, dans lequel l'hémorrhagie s'opéra entre la dure-mère et l'os, par l'érosion d'un vaisseau correspondant à une carie de la surface interne de l'os pariétal gauche. Le malade fut frappé subitement d'une hémiplégie du côté droit, et

[1] *Edim. med. Essays and observ.* vol. VI.

périt en cinq jours. La carie de la surface interne de l'os n'était pas aussi large qu'une pièce d'un demi-shilling.

Dans la forme la plus commune de cette affection, dans laquelle l'hémorrhagie provient d'un vaisseau de la substance du cerveau, j'ai admis que la rupture était le résultat d'une maladie de l'artère elle-même, sans être étrangère à cet état de congestion ou d'hémorrhagie qui paraît constituer l'apoplexie simple. Cet état de maladie de l'artère existe en effet en général dans les cas de cette espèce; il consiste quelquefois dans une ossification du vaisseau en divers points, ou d'autres fois dans cet état particulier d'incrustation crayeuse qui rend le vaisseau friable; état que Scarpa a décrit comme l'origine de l'anévrisme. Le canal artériel se trouve alors considérablement rétréci ou contracté aux divers points où l'incrustation existe; il arrive même qu'on le trouve entièrement oblitéré; on voit aussi dans d'autres cas de nombreuses branches des artères principales du cerveau, qui offrent des séries de petits anneaux de substance osseuse opaque, séparés les uns des autres par de petites portions de l'artère dans l'état sain. Ces altérations s'observent très-fréquemment dans le cerveau des vieillards; les anneaux osseux ont en général d'une demi-ligne à une ligne de largeur, et sont séparés les uns des autres par des portions d'artères saines de la même étendue. La membrane interne du vaisseau est aussi quelquefois très-épaissie, d'une consistance molle, pulpeuse, et très-facile à détacher, au point que, lorsque l'on presse une portion d'artère dans les doigts, une quantité considérable de cette matière pulpeuse en semble chassée. Cette lésion existait d'une manière très-remarquable sur le sujet de l'observation CX. Dans un cas d'apoplexie devenu très-rapidement fatale, MM. les docteurs Duncan jeune et Wishart ont surtout remarqué cet état particulier des artères du cerveau, qu'ils ont décrit comme

leur ayant présenté tous les caractères de la friabilité terreuse dont a parlé Scarpa [1].

On a toute raison de penser que cette condition morbide des artères du cerveau peut être la cause d'une sorte de maladie cérébrale, et que, après avoir persisté à ce degré pendant un temps considérable, elle devient à la fin fatale par rupture; quelques faits publiés rendent cette induction très-vraisemblable : je ne publierai comme exemple de cette lésion que l'observation suivante.

Obs. CXVIII. Un homme d'environ cinquante ans était affecté depuis plusieurs années de douleurs à la tête, qui avaient présenté des caractères très-variables. Il fut atteint d'abord d'étourdissements et de céphalalgie, avec perte de la mémoire et gêne dans la parole. Ces accidents revinrent de temps en temps, et disparurent sans aucune suite fâcheuse. Au bout d'un ou deux ans, ces symptômes devinrent plus permanents; il s'y joignit de violents accès de douleurs, qui furent une fois beaucoup diminués par l'administration

[1] L'origine assignée ici par M. Abercrombie, aux hémorrhagies cérébrales, se constate dans le plus grand nombre des cas de cette maladie. L'observation CXVI (*bis*), que j'ai rappelée dans la note précédente, en est un exemple.

On verra toute l'importance de ce fait, si l'on réfléchit à la coïncidence fréquente des hémorrhagies cérébrales et des maladies du cœur, et, en même temps à la coïncidence aussi très-fréquente des maladies des vaisseaux et des maladies du cœur. Si la maladie des artères était le point de départ de ces lésions pathologiques, soit du cœur, soit du cerveau, la médecine trouverait dans le traitement de ces maladies artérielles, le moyen de prévenir les lésions qui en sont les résultats si funestes. Ce serait donc un véritable progrès à faire faire à la médecine, que d'approfondir la nature et l'origine de ces lésions artérielles, et de parvenir à déterminer leur développement et leur présence dans l'organisme par des symptômes tranchés. Des travaux cliniques suivis depuis plusieurs années, et dont nous espérons faire connaître les résultats, nous ont conduit à des données assez positives sur ce point obscur et difficile de la pathologie.

A. N. G., *trad.*

de l'arsenic. Des attaques, approchant d'accès de manie avec perte de la mémoire pendant plusieurs jours, se montrèrent ensuite, et alternèrent bientôt avec des paroxysmes épileptiques. Ces accidents furent enfin suivis d'attaques de stupeur d'une durée variable. La maladie, ainsi caractérisée, dura plusieurs années, et la mort arriva à la fin de mai 1820, après une attaque d'apoplexie qui se prolongea pendant huit à neuf jours.

Ouverture du cadavre. — Un caillot de sang du volume d'un œuf, qui se rapportait à l'attaque fatale, existait dans la substance de l'hémisphère droit. La seule autre lésion cérébrale coïncidente était un état morbide remarquable de tout le système artériel du cerveau ; les artères étaient ossifiées dans une très-grande étendue, et l'on remarquait un épaississement et une altération profonde de la tunique interne des vaisseaux, qui était en plusieurs endroits séparée des autres tuniques. A peine pouvait-on trouver dans le cerveau une branche artérielle complètement exempte de lésion morbide : les artères vertébrales étaient aussi très-affectées, spécialement celle du côté gauche, qui avait beaucoup augmenté de diamètre. Ses tuniques étaient épaissies, ossifiées par places, et friables.

Cet état des artères du cerveau, surtout lorsqu'il y a séparation de la tunique interne de ces vaisseaux, ne peut manquer de produire un grand trouble dans la circulation, et beaucoup de dérangement dans les fonctions du cerveau. Nous rapporterons un cas dans lequel cette maladie des vaisseaux à sang rouge paraît avoir produit de fréquentes attaques de paralysie, et dans lequel le malade finit par succomber à la gangrène des orteils (Obs. CXXI). On peut aussi consulter comme exemple de cette affection vasculaire, notre observation XXXIII, dans laquelle le canal artériel était tout-à-fait obstrué et distendu par une matière blanche qui n'offrait aucune apparence de sang.

Il paraît que les veines cérébrales peuvent aussi devenir le siége d'une maladie à quelques égards semblables, ainsi que cela est arrivé chez le sujet de l'observation suivante, que je dois au docteur Cheyne, de Dublin.

Obs. CXIX. Une dame de quarante-deux ans, d'un tempérament mélancolique, était depuis son enfance sujette à des céphalalgies. Il y avait dix ans environ qu'elle avait perdu son mari dans des circonstances malheureuses : elle était depuis lors confinée dans son appartement, et elle vivait dans le plus grand accablement. Elle était devenue sujette à de fréquentes attaques de diarrhée bilieuse ; ses anciennes céphalalgies devinrent plus constantes et plus intenses. Elle tomba apoplectique dans une de ces attaques, et mourut.

On trouva, à l'ouverture du cadavre, un épanchement de liquide trouble entre l'arachnoïde et la pie-mère ; toute la surface du cerveau était rougie par le sang ; le système veineux cérébral était affecté d'une manière toute spéciale ; une matière blanche-jaunâtre était épanchée entre la membrane interne et la tunique externe des veines ; ces vaisseaux étaient en cet état sur toute la surface du cerveau, où ils semblaient comme bosselés ; tout le système artériel offrait exactement les mêmes apparences ; les tuniques veineuses et artérielles étaient plus épaisses, mais en même temps plus fragiles que dans l'état physiologique ; la portion médullaire du cerveau présentait une plus grande quantité de vaisseaux que dans l'état physiologique ; au côté externe de la corne postérieure du ventricule latéral gauche se remarquait une cavité irrégulière d'environ un pouce de longueur sur un demi-pouce de largeur ; la partie du cerveau qui formait les parois de cette cavité était très-altérée, ramollie, et de couleur jaune ; sa texture était détruite, et elle était pénétrée par un grand nombre de vaisseaux engor-

gés et isolés; le plexus choroïde gauche contenait une hydatide du diamètre d'un gros pois.

On n'a encore fait que peu de recherches sur les altérations des vaisseaux encéphaliques : on est cependant fondé à croire que les maladies des veines cérébrales peuvent avoir la plus grande influence sur les affections du cerveau. On trouvera dans quelques-unes de nos précédentes observations, des faits de cette espèce. Nous signalerons particulièrement l'obstruction complète du sinus latéral trouvée sur les sujets des observations IV et V, et la maladie si remarquable des veines de la surface supérieure du cerveau, qui est rapportée dans l'observation XXIX. Cet objet est digne de recherches plus approfondies, dont on peut attendre d'importants résultats. Une dame, dont l'histoire a été consignée dans la *Revue médicale française*, ayant été exposée à une commotion morale le septième jour de son accouchement, tomba sans connaissance, et resta dans cet état pendant trois quarts d'heure. Revenue à elle, elle se plaignit d'une douleur aiguë dans le côté gauche de la tête; cette céphalalgie persista avec peu de changements pendant dix jours, nonobstant des saignées locales et différents autres remèdes; elle augmenta alors beaucoup et subitement, et s'accompagna de douleurs dans l'oreille gauche; elle fut ensuite presque immédiatement suivie d'une paralysie occupant d'abord le bras droit, et aussitôt après la jambe du même côté. Le troisième jour suivant, la parole se perdit, un commencement de stupeur se manifesta, et il survint bientôt des accès de convulsions avec strabisme. La mort arriva le dix-septième jour de la maladie. On trouva, à l'ouverture du cadavre, la veine cérébrale moyenne de l'hémisphère droit, au point où elle s'approche du sinus longitudinal, très-dilatée, et contenant une matière puriforme dont elle était entièrement remplie. La veine correspondante

du côté gauche était dans le même état. En enlevant la faux, on reconnut une tumeur aplatie d'environ deux à trois pouces de longueur, et de dix lignes d'épaisseur; cette tumeur occupait le siége du sinus longitudinal, et semblait formée d'un tissu cellulaire infiltré de sang.

Note du Traducteur sur un cas de phlébite cérébrale.

L'observation que M. Abercrombie vient de rapporter, et qu'il a empruntée, en l'abrégeant, au journal *la Revue médicale*, m'appartient; je l'ai consignée dans le cahier d'avril 1826 (tome II, page 37) de ce recueil périodique. Cette observation a présenté, réunies et successivement développées chez le même sujet, les altérations cérébrales qui constituent la méningite, l'inflammation de la pulpe cérébrale, l'épanchement sanguin à la surface du cerveau et l'inflammation des veines encéphaliques. Comme ces altérations, plus ou moins liées les unes aux autres, et enfin simultanées, se sont successivement annoncées par les symptômes qui paraissent leur appartenir plus particulièrement, cette observation, présentée dans son entier et avec tous ses détails, est très-propre à faire bien voir comment on peut arriver, par l'analyse, à caractériser comparativement pendant la vie les différentes lésions cérébrales. J'ai joint, dans ce but, à l'histoire de ce fait, lorsque je l'ai publié, une discussion sur les phénomènes morbides, tels que je les concevais à mesure qu'ils se présentaient à l'observation. En reproduisant ici textuellement ce fait, avec les remarques que j'y ai jointes en le publiant, je montrerai comment, avec la connaissance des symptômes spéciaux des différents modes d'affection des organes encéphaliques, on peut, dans quelques cas, parvenir à former le diagnostic des maladies les plus compliquées de l'encéphale. J'appellerai d'ailleurs ainsi l'attention sur la phlébite cérébrale, que M. Abercrombie a raison de signaler comme étant d'une grande importance.

Obs. CXIX (*bis.*) Madame M..., âgée de vingt-deux ans, d'une assez forte constitution et d'une taille élevée, ayant beaucoup d'embonpoint, fut heureusement accouchée de son troisième enfant par le docteur Lévêque-Lasource. Cette dame n'avait jamais été atteinte de maladie grave; elle n'avait éprouvé aucun accident pendant sa grossesse, si ce n'est une légère céphalalgie dans le dernier mois. Cet accident, après avoir persisté quelques jours, avait cédé à des soins de régime. Elle était préoccupée, pendant sa grossesse, de l'idée qu'elle périrait en couches. Elle voulut nourrir son enfant. La sécrétion du lait s'établit, mais M. Lévêque-Lasource remarqua que le bouillon, quoique donné en petite quantité, provoquait un mouvement fébrile. Le septième jour après son accouchement, madame M... voyait depuis deux jours son enfant avec un peu d'indifférence.

Elle se faisait les mamelons avec des bouteilles, lorsqu'elle vit sortir d'un des mamelons environ une cuillérée à café de sang : à l'instant elle s'effraie, l'idée qu'elle périra dans cette couche se répresente à son esprit ; elle pâlit et perd connaissance. Revenue à elle au bout de trois quarts d'heure, elle commence à se plaindre d'une forte céphalalgie du côté gauche. Les seins étaient devenus flasques, la sécrétion du lait avait cessé. Cette céphalalgie ne fut pas diminuée par deux applications de sangsues, faites le lendemain. Le neuvième jour, gêne de la respiration avec point de côté, qui disparurent à la suite d'une application de sangsues aux bras et à l'épigastre. Cependant la céphalalgie continuait, et les lochies, qui paraissaient en petite quantité avant la commotion morale du septième jour, avaient aussi cessé. Le dixième jour, nouvelle commotion morale, causée par le feu qui prit aux rideaux du lit. La céphalalgie persistait ; elle fut de nouveau inutilement combattue par des sangsues à la tête et à la vulve. Le dix-septième jour, augmentation de la céphalalgie et douleurs dans l'oreille gauche. La veille, il était survenu des symptômes comminatoires d'une double pneumonie, mais moins intenses que ceux du neuvième jour. Des sangsues avaient été de nouveau appliquées à l'épigastre et aux bras, où l'on n'avait pu trouver de veine pour pratiquer la phlébotomie. Vers le soir, après un sommeil de trois quarts d'heure, madame M... s'aperçut à son réveil que son bras droit était engourdi, et qu'elle ne pouvait plus le mouvoir; la jambe du même côté était aussi engourdie. Le dix-huitième jour, la paralysie augmente, la langue s'embarrasse ; le dix-neuviéme, les accidents paralytiques font de nouveaux progrès, on pratique une forte saignée du bras, qui donne un sang un peu couenneux ; vingt sangsues sont appliquées aux tempes.

Le dix-neuvième jour au soir (1er février 1826), nous vîmes la malade pour la première fois avec M. Landré-Beauvais, appelé, ainsi que nous, par M. Lévêque-Lasource ; nous la trouvâmes dans l'état suivant : pupilles peu mobiles, regard un peu fixe; langue humide ne pouvant plus être sortie de la bouche, mais non déviée ; aucune rigidité au cou ; bras droit entièrement insensible et privé de mouvement, sans rigidité ; jambe droite également sans rigidité, conservant un peu de sensibilité quand on la pince. La malade ne peut retenir ses urines, mais elle s'en aperçoit ; elle ne peut articuler que *oui* et *non* ; la vue et l'ouïe sont conservées des deux côtés. L'odorat n'est point éteint, car l'odeur de camphre du baume opodeldoch, avec lequel on a fait dans la journée des frictions sur les membres paralysés, a déterminé un vomissement, circonstance qui avait eu lieu également par la même odeur avant la paralysie. Peau halitueuse ; pouls donnant de quatre-vingt-dix à quatre-vingt-quinze pulsations, large, un peu résistant (c'est là première fois qu'il y a de la fièvre depuis la céphalalgie). Le thorax exploré fait entendre un peu de râle crépitant à gauche et en avant ; la respiration n'est pas gênée. La malade indique par signes qu'elle souffre du côté gauche de la tête. (Vésicatoire à la nu-

que et à la cuisse droite, huit sangsues à la vulve.) A partir de cette époque, nous avons continué à soigner la malade avec M. Lévêque-Lasource.

Le 2 février, vingtième jour de l'accouchement, onzième jour de la céphalalgie, troisième jour de la paralysie, il survint pendant le jour une agitation extrême; la malade perdit complètement la faculté de prononcer les monosyllabes, et la sensibilité s'éteignit tout-à-fait dans le côté droit. Elle regardait d'une manière étonnée, et ne paraissait pas reconnaître. Le pouls devint si fréquent qu'il donna jusqu'à cent trente-six pulsations par minute; il y eut quelques soubresauts de tendons. (Quinze sangsues derrière l'oreille gauche, glace sur la tête pendant cinq heures, après les sangsues; sinapismes-volants sur les extrémités, vingt-quatre grains de calomélas en six prises, tisane de chiendent.)

Le 3 février au matin, mieux marqué; pouls à cent vingt-quatre pulsations, plus souple; paralysie un peu diminuée : les mêmes moyens que la veille amènent une nouvelle diminution des accidents.

Le soir, le regard était naturel; la connaissance était revenue, elle répondait *oui* quand on lui demandait si elle souffrait de la tête; elle retirait, quand on les pinçait, les membres paralysés, mais elle ne pouvait leur donner d'autre mouvement. Les urines sont très-abondantes, mais rendues involontairement : la malade s'en aperçoit, et appelle par signes la garde : elle se relève avec sa main gauche sur son lit. Pouls à cent huit pulsations; langue humide, ne pouvant être sortie de la bouche. Le calomélas n'a provoqué aucune selle; le ventre est un peu tendu. (Cataplasmes émollients sur le ventre; lavement avec huile de ricin trois onces, tisane de chiendent.)

Le 4 février au matin, vingt-deuxième jour de l'accouchement, treizième de la céphalalgie, cinquième de la paralysie, pouls assez développé, à quatre-vingt-seize pulsations; il est survenu des évacuations alvines pendant la nuit; ventre souple et indolent. Elle retire la jambe paralysée lorsque l'on chatouille la plante du pied; elle sent quand on lui pince le coude-pied, mais d'une manière obscure; elle a aussi plus de sensibilité à la main paralysée; elle répond *oui* à toutes les questions qu'on lui adresse. La langue ne peut toujours pas être sortie : elle est un peu jaune et humide. (Douze sangsues derrière l'oreille gauche, glace sur la tête, sinapismes aux pieds.) M. Lévêque reconnut dans la journée de fréquents soubresauts de tendons.

A six heures et demie du soir, elle était depuis une demi-heure dans un état convulsif caractérisé par les symptômes suivants : contractions saccadées et alternatives des extenseurs et des fléchisseurs des deux côtés; dents serrées, respiration bruyante et accélérée, alternatives de rougeur et de pâleur à la face; pouls excessivement fréquent; le bras paralysé et demi-fléchi est contracté et serré sur le ventre. Rigidité des extrémités abdominales. (Bain tiède, lavement émollient.) Les accidents convulsifs

ont diminué dans le bain, qui a été prolongé pendant trois heures; mais ils n'ont cessé qu'à trois heures du matin.

Le 5 février au matin, même état que la veille à pareille heure; pouls à cent dix pulsations. (Bain à vingt-six degrés; cataplasme émollient sur les extrémités; frictions générales avec l'huile d'olive chaude; mêmes boissons.)

Le soir, peau fraîche; pouls comme le matin; cris perçants non motivés; elle ne peut indiquer en aucune manière le siége des douleurs; soubresauts de tendons assez rares. Les cris ont redoublé dans la nuit.

Le 6 février, les cris continuent; pouls à cent quatre pulsations; elle répond *oui* et *non* indistinctement. Cependant elle fixe son attention, et fait des efforts pour articuler; alternatives de rougeur et de pâleur de la face. Il faut la pencher un peu à gauche pour qu'elle puisse avaler, et encore les boissons passent-elles difficilement; les lavements ressortent comme d'un vase inerte; aucune évacuation.

Le soir, les cris continuent; ils augmentent et se joignent à de l'agitation quand on touche le pied paralysé; la déglutition est encore plus difficile que le matin; le pouls est irrégulier pour la première fois.

La nuit, deux selles liquides.

Le 7 février, pouls intermittent à cent vingt pulsations; soubresauts de tendons; agitation, alternatives de rougeur et de pâleur de la face. (Bain à vingt-six degrés, de quinze minutes de durée; affusion à dix-huit degrés pendant trois minutes, dix sangsues derrière l'oreille gauche avant le bain.)

A huit heures du soir, chaleur de la peau au-dessous du degré naturel; pouls toujours très-fréquent; elle ne peut boire que très-peu et avec un biberon; quatre selles liquides, spontanées, sont survenues dans la journée.

Le 8 février, vingt-sixième jour de l'accouchement, dix-septième jour de la céphalalgie, neuvième jour de la paralysie, M. Récamier nous fut adjoint comme consultant. Nous la trouvâmes dans l'état suivant : Elle ne peut plus articuler ni *oui* ni *non;* le regard est fixe et hébêté; les dents sont serrées; le bras droit contracté et demi-fléchi sur le ventre; le bras gauche dans une agitation continuelle; le pouls très-fréquent; strabisme léger et en haut de l'œil gauche; les règles ont paru. (Six grains de tartre stibié en six doses, chaque dose dans une cuillérée à café de sirop de diacode.)

A trois heures et demie, elle avait pris deux grains d'émétique; la face était colorée; le bras droit n'était plus contracté; le pouls, plus grand, mais aussi fréquent. La malade était en sueur.

A sept heures, sueur visqueuse; respiration stertoreuse, yeux inclinés en haut; mucosités et salive épaisses invisquant les dents et les lèvres; flaccidité des membres paralysés.

Mort à huit heures.

L'ouverture du cadavre fut pratiquée le 12 février, quatre-vingt-quatre heures après la mort, au cimetière de l'Est, après exhumation.

Le corps répandait une odeur fétide assez prononcée. La cavité abdominale était très-météorisée; la peau du ventre et des membres, violâtre et infiltrée par un commencement de décomposition putride.

La voûte du crâne enlevée, une incision longitudinale de la dure-mère sur le côté droit de la faux, nous fit remarquer la veine cérébrale moyenne très-gonflée et flexueuse, surtout en s'approchant de la faux, où elle vient s'ouvrir dans le sinus longitudinal supérieur; elle avait le volume d'une plume à écrire. Nous la trouvâmes remplie d'une substance puriforme, jaunâtre, qui en oblitérait la cavité. Sur le trajet de cette veine, l'arachnoïde était légèrement laiteuse. La veine correspondante du côté gauche était dans le même état. En détachant ensuite la faux, nous remarquâmes sur sa longueur une tumeur aplatie transversalement, longue de deux à trois pouces, et épaisse d'environ dix à douze lignes dans son milieu. Cette tumeur, sur laquelle on distinguait le tissu de l'arachnoïde et de la dure-mère dans l'état sain, occupait le trajet et le siége du sinus longitudinal supérieur. A la dissection, elle parut formée d'un tissu cellulaire grisâtre friable, présentant une injection sanguine assez marquée et une infiltration de pus jaune, opaque, qui paraissait par endroits déposé dans des cellules irrégulières. Toute la cavité du sinus longitudinal supérieur était ainsi dégénérée; à la surface du lobe antérieur droit, l'arachnoïde était légèrement opaque, et la pie-mère correspondante, légèrement infiltrée de sérosité sanguinolente. Du côté gauche, sur la face externe et un peu inférieure du lobe moyen et de la partie contiguë du lobe antérieur et du lobe postérieur, se remarquait une couche très-mince de sang rouge, assez adhérente à la surface de l'arachnoïde; une infiltration de sérosité sanguinolente existait aux mêmes lieux dans la pie-mère correspondante; l'arachnoïde était en ces points épaissie et laiteuse. Ces désordres se prolongeaient dans la scissure de Sylvius. Les ventricules latéraux, ouverts par une incision transversale des hémisphères sans déplacer le cerveau, étaient vides. Le cerveau enlevé, on reconnut que l'infiltration sanguine de la pie-mère se prolongeait sur la protubérance annulaire; la séreuse y était légèrement épaissie et opaque. En incisant longitudinalement l'hémisphère gauche, nous reconnûmes un foyer allongé, remplissant tout le lobe postérieur et une grande partie du lobe moyen, en dehors du ventricule latéral. Ce foyer était formé par une infiltration de pus jaune brunâtre dans la pulpe cérébrale, très-sablée, augmentée de densité par places, et dans d'autres points, très-ramollie. Cette pulpe ne conservait plus l'aspect de son organisation; elle était changée en bouillie purulente, jaune, grisâtre et rougeâtre par endroits. Dans quelques portions de ce foyer, qui eût contenu un œuf, il y avait une infiltration sanguinolente. La paroi externe de ce foyer n'avait qu'une à deux lignes d'épaisseur, et correspondait à l'infiltration sanguine et à la phlogose de

l'arachnoïde, sur la face externe du lobe moyen gauche, et aux premières ramifications de la veine cérébrale moyenne supérieure gauche. Dans le tissu cérébral environnant, on remarquait par endroits des points rouges-bruns, et des stries d'un rouge intense, disséminés et très-rapprochés. La pulpe cérébrale était très-dense dans ces endroits ponctués. Sur la face inférieure du cervelet on voyait une opacité assez marquée de l'arachnoïde. Une demi-once environ de sérosité était épanchée sur la base du crâne, après l'enlèvement du cerveau, dont le tissu était généralement assez ferme.

Le foie était gras et d'un jaune pâle. Les intestins, distendus par des gaz, ne présentaient aucune altération; seulement on remarquait dans l'iléon une légère injection capilliforme, rosée, d'un pouce de diamètre, sans aucune altération dans la structure de la membrane villeuse.

L'utérus était dans son état naturel.

Les organes thoraciques étaient sains.

La maladie dont nous venons de rapporter l'histoire est certainement une de celles dont il est le plus difficile d'établir le diagnostic en médecine pratique. Aussi ne sera-t-il peut-être pas sans utilité de faire connaître les différentes opinions que l'on proposa sur la nature de la maladie à ses diverses périodes.

Dans la première consultation, le professeur Landré-Beauvais pensa que la rapidité de l'invasion de la paralysie, l'absence de fièvre soutenue jusqu'à ce jour, se rapportaient à une congestion, et peut-être à un épanchement sanguin dans l'hémisphère, ou à la surface de l'hémisphère gauche. Cette opinion, que l'ouverture du cadavre a démontrée vraie, ne fut point alors adoptée par moi. Je crus reconnaître dans la maladie que j'observais, une arachnoïdite, et dans la paralysie avec absence d'accidents nerveux et de contraction des membres, l'effet d'un épanchement de pus infiltré dans la pie-mère, ou étendu à la surface de l'arachnoïde. Je pensais que cet épanchement n'était pas limité au côté gauche de la masse encéphalique, qu'il devait aussi exister une compression à droite, puisque la langue était paralysée des deux côtés, et ne pouvait être sortie de la bouche. L'existence de l'arachnoïdite me semblait démontrée par la céphalalgie qui avait existé vers la fin de la grossesse, par celle qui existait encore en ce moment, et enfin par la fièvre qui se montrait. La nature des causes qui avaient déterminé la maladie, me fortifiait dans mon opinion; ces causes, en effet, si elles produisent une congestion sanguine avec ou sans épanchement, la déterminent pour l'ordinaire instantanément, tandis que, si elles sont suivies d'arachnoïdite, elles ne peuvent déterminer la manifestation de cette maladie qu'après un certain temps, indispensable pour le développement de l'inflammation, temps qui a été dans ce cas de deux à trois jours. Ces explications laissaient subsister une difficulté que l'on m'objecta, et qui était certainement l'argument le plus puissant en

faveur de l'existence d'un épanchement ou d'une congestion sanguine. Comment admettre l'épanchement subit du pus, dans une arachnoïdite que l'on ne pouvait regarder, si elle existait, que comme commençante et comme modérée, puisqu'elle n'avait encore déterminé aucun symptôme propre à la caractériser, pas même de fièvre? Il se forme bien quelquefois, dès le début d'une inflammation des méninges et du cerveau, des épanchements de sang; mais ces épanchements sont le produit d'une violente congestion inflammatoire; ils ne s'observent qu'avec des symptômes de phlegmasie violente; c'est ce qui n'avait pas lieu chez notre malade. Maintenant que nous connaissons les désordres encéphaliques, nous avouerons qu'il est douteux qu'il ait existé à cette époque autre chose qu'une arachnoïdite commençante, avec l'épanchement de sang à la surface de l'arachnoïde et dans la pie-mère, lequel serait tout-à-fait inexplicable sans l'obstacle au cours du sang dans le sinus longitudinal supérieur et dans les veines cérébrales superficielles. Nous croyons donc que cette phlébite a précédé les autres accidents, et que c'est probablement à elle qu'il faut attribuer la céphalalgie que la malade avait éprouvée pendant la gestation.

L'inflammation de l'arachnoïde ne put bientôt plus être révoquée en doute; mais une autre cause d'obscurité se présenta. Nous remarquions deux ordres distincts de lésions pathologiques : une paralysie complète avec flaccidité, d'une part; et des mouvements convulsifs, de la fièvre, de la céphalalgie, symptômes de sur-excitation, d'autre part. Quand elle n'est produite que par une légère compression, comme celle d'un fluide sanguin ou purulent étendu en nappe et en petite quantité sur la surface de l'arachnoïde ou dans la pie-mère, la paralysie cède à l'hyper-stimulation, au moins dans les redoublements, et l'on voit alors les membres paralysés s'agiter convulsivement, comme les autres, dans les accès. Cela n'a pas lieu dans deux cas : le premier, quand l'épanchement est considérable, car alors les phénomènes de la compression l'emportent sur les accidents convulsifs, et il y a des symptômes comateux, et il n'en est point survenu chez notre malade; le second, lorsque l'épanchement coïncide avec une forte congestion. Cette congestion, si elle est générale, comme il arrive toujours quand il n'y a point de sang épanché dans la pulpe qui l'entretienne localement, et quand la circulation s'effectue librement, détermine aussi des accidents comateux, et même des accidents comateux ordinairement plus prononcés que ceux qui sont l'effet des épanchements d'une médiocre étendue. Rien de tout cela n'est arrivé. Ce qui a déterminé la forme spéciale des accidents que nous avons remarqués, c'est l'obstacle au cours du sang dans les veines, c'est la congestion locale de l'hémisphère gauche, congestion sans laquelle il n'y eût point eu d'hémorrhagie, congestion qui doit vraisemblablement être considérée comme le point de départ de l'inflammation de la pulpe.

Le vingt-deuxième, et surtout le vingt-troisième jour, nous n'avons

plus retrouvé les seuls symptômes d'une arachnoïdite avec épanchement : un autre ordre de phénomènes s'est présenté. La rigidité des membres paralysés et les cris de la malade n'ont guère permis de méconnaître une affection de la pulpe. Cette nouvelle série d'accidents nous a jetés dans de nouvelles incertitudes. Nous nous demandions si cette affection de la pulpe ne pouvait pas se rattacher à un travail inflammatoire développé simultanément avec l'inflammation des méninges, autour d'un foyer dans lequel se serait opéré l'épanchement, cause de la paralysie primitive? Rien ne pouvait résoudre cette difficulté. L'ouverture du cadavre nous a révélé l'existence d'une inflammation très-étendue dans l'hémisphère gauche. Il fallait que les accidents d'irritation inflammatoire fussent bien puissants pour contrebalancer l'effet d'un aussi grand désordre, qui eût déterminé bien plus promptement, s'il eût été isolé de toute autre affection inflammatoire, des accidents comateux, qui n'ont en réalité existé que dans la dernière heure de la vie.

Ainsi, en résumé, nous n'avons point reconnu la maladie des veines encéphaliques, parce que nous n'avons observé aucun symptôme qui pût même la faire soupçonner. Nous pensons cependant qu'il faut considérer cette phlegmasie comme ayant précédé les autres. Elle nous semble avoir été la cause déterminante de l'épanchement de sang qui a produit la paralysie, et de la congestion locale qui a occasioné d'abord la méningite, et enfin la cérébrite.

Le développement de l'inflammation dans les veines qui proviennent de parties dans lesquelles il s'est formé des abcès, ne nous paraît pas avoir eu lieu dans ce cas. La suppuration du centre de l'hémisphère cérébral était évidemment plus récente que l'affection des méninges. On ne peut pas supposer qu'elle serait restée latente lorsque les symptômes de la méningite étaient si prononcés, et la vie n'eût certainement pas persisté aussi long-temps avec une pareille désorganisation cérébrale.

A. N. G., *trad.*

SECTION III.

DES CAS DE LA TROISIÈME ESPÈCE, OU DES PARALYSIES.

J'ai réuni sous ce titre des affections qui ne se ressemblent que par leurs symptômes, mais qui diffèrent les unes des autres par les conditions morbides du cerveau auxquelles elles sont liées. Dans l'état actuel de la science, on ne peut encore les distinguer les unes des autres, il faut se borner à rapprocher et à classer les faits par leur rapports réciproques.

Le symptôme dominant des maladies qui nous occupent, est une attaque de paralysie sans coma, ou au moins sans cet état comateux complet et permanent qui s'est montré dans les maladies qui ont été l'objet des sections précédentes. Dans quelque cas, à la vérité, la maladie, qui débute par une attaque de paralysie, passe, au bout d'un certain temps à l'état d'apoplexie; la paralysie n'est alors que le prélude ou la première période de l'apoplexie. Cette forme de la maladie appartient ordinairement à celle que nous avons décrite spécialement dans la section précédente; les cas que je rapporterai à cette troisième section sont ceux dans lesquels il n'y a réellement pas eu d'apoplexie, ou dans lesquels l'état apoplectique a aussitôt disparu, laissant la paralysie permanente comme le phénomène caractéristique le plus saillant de la maladie.

Les attaques de paralysie se manifestent sous différentes formes : la plus ordinaire est celle de l'hémiplégie avec perte de la parole; dans quelques cas cependant, la parole est conservée, tandis que d'autres fois la suspension de la faculté de parler, constitue d'abord à elle seule toute la maladie; quelquefois la paralysie ne frappe qu'un seul membre, le plus ordinairement alors c'est un bras, quoique dans certains cas rares elle soit limitée à une jambe. La paralysie est d'ailleurs susceptible encore de se présenter sous d'autres formes très-variées: ainsi elle n'occupe qu'une paupière, ou que le muscle orbiculaire d'un seul œil; tantôt elle s'annonce par une divergence des axes des yeux, tantôt par une double vision, par une distorsion de la bouche, etc.; la perte de la faculté d'avaler s'est aussi quelquefois manifestée, quoiqu'elle s'observe plus rarement dans les cas qui ne doivent pas passer à l'état d'apoplexie. Le plus souvent les malades jugent très-bien leur situation, et font avec anxiété des efforts pour la faire connaître; ils comprennent généralement ce qu'on leur dit, et ils répondent par signes; quelquefois cependant, lors

même qu'ils conservent imparfaitement la faculté de parler, leurs réponses sont incohérentes et inintelligibles.

On peut rapporter aux formes suivantes la marche ultérieure de ces paralysies.

I. L'attaque de paralysie peut n'être que le prélude de l'apoplexie, qui alors ne tarde pas à se manifester; la maladie rentre alors dans celle que nous avons décrite dans la section précédente.

II. L'attaque peut disparaître promptement et entièrement, sous l'influence d'un traitement convenable, ne laissant après un certain temps aucune trace de son existence.

III. Le rétablissement ne s'opère quelquefois que par une très-lente gradation, par le retour progressif de l'usage des membres affectés après plusieurs semaines ou plusieurs mois.

IV. La paralysie peut rester permanente. Le malade ne recouvre alors au bout d'un certain temps que bien imparfaitement l'usage des parties affectées; il traîne sa jambe avec effort; il parle, mais très-indistinctement. La maladie reste à ce degré sans aucune amélioration jusqu'à la fin de la vie du malade, qui ne s'en prolonge pas moins encore pendant plusieurs années.

V. Le malade reste dans le même état sans aucune amélioration; il est confiné dans son lit, privé de parole et de mouvement; il n'en possède pas moins ses autres facultés à un haut degré; il périt graduellement épuisé, au bout de plusieurs semaines ou de plusieurs mois, quelquefois sans coma, et d'autres fois avec coma qui commence peu de jours avant la mort.

Les conditions morbides du cerveau qui se rapportent à ces variétés sont-elles-mêmes très-variables. On peut cependant les rapporter aux formes suivantes :

I. Dans beaucoup de cas, la lésion encéphalique a une étroite analogie avec celle qui constitue l'apoplexie simple.

L'on ne trouve alors sur le cadavre aucune altération apparente, ou seulement un épanchement séreux souvent peu considérable.

II. Des épanchements de sang d'une petite étendue sont contenus dans des kystes formés, soit dans la substance du cerveau, soit sous les membranes cérébrales.

III. Le ramollissement de la substance cérébrale.

IV. L'inflammation encéphalique et tous ses produits.

§. I. *Paralysies avec épanchement séreux ou avec les plus faibles apparences de lésion morbide.*

Lorsqu'une attaque de paralysie de l'apparence la plus grave disparaît rapidement et entièrement sans laisser aucune trace d'état morbide, on peut supposer que la substance du cerveau n'a pas été très-gravement altérée; on est fondé à penser que la maladie a une étroite analogie avec l'affection que j'ai appelée *apoplexie simple*, ou, en d'autres termes, que sa cause n'a été qu'un dérangement dans la circulation encéphalique, de nature à disparaître rapidement et entièrement. Dans plusieurs cas funestes, on ne trouve, à l'ouverture des cadavres, qu'un épanchement séreux, souvent très-peu considérable. Morgagni a rapporté le fait d'un homme qui eut une paralysie du bras droit, et qui mourut apoplectique en deux jours. On ne trouva à la dissection de son cadavre aucune autre lésion morbide, qu'un épanchement séreux dans les ventricules et à la surface du cerveau. Sur le cadavre d'un autre individu, qui mourut dans le coma un mois après avoir été frappé d'une paralysie du côté gauche avec aphonie, on trouva un épanchement considérable à la surface du cerveau, et un autre très-faible dans les ventricules. Un troisième eut une hémiplégie à droite avec perte de la parole; il tomba dans le coma, et mourut en cinq jours. Les ventricules contenaient environ

deux onces de sérosité. Il y en avait aussi une certaine quantité à la surface du cerveau; l'épanchement semblait plus considérable sur le côté droit.

J'ai déjà donné les motifs que j'ai de penser que l'épanchement séreux dans les cas d'apoplexie ne constitue pas la maladie primitive, mais est une terminaison de l'apoplexie simple. J'ai même aussi rapporté des faits dans lesquels l'épanchement était considérable sans qu'il y eût de paralysie. Dans les cas que j'ai rapportés dans lesquels l'épanchement a existé avec une paralysie, on n'a point observé de proportion entre sa quantité et les symptômes, et le liquide épanché s'est trouvé également répandu à la surface du cerveau; le dernier fait que je viens de citer d'après Morgagni, serait une exception; mais il est important de noter que le liquide séreux épanché semblait plus abondant du même côté de l'encéphale où existait la paralysie [1]. Ces remarques

[1] L'existence de la paralysie du même côté du corps où siége la lésion cérébrale, est un fait que quelques observations légèrement admises tendraient à faire considérer comme se présentant dans des cas très-rares; mais quand on rapproche les faits de paralysie par affection cérébrale bien déterminée, que des auteurs dignes de foi ont soigneusement recueillis, et quand on a eu soi-même l'occasion de voir un certain nombre d'affections paralytiques et apoplectiques, on est conduit à rejeter absolument ce fait : 1° parce que les observations rapportées à l'appui ne soutiennent pas, sous le rapport de la conséquence qu'on en déduit, une sévère discussion, et par exemple ici, dans le fait emprunté à Morgagni, comment admettre que l'épanchement séreux cérébral était plus abondant du côté paralysé, lorsque cet épanchement existait dans la cavité sous arachnoïdienne qui s'étend sur toute la surface du cerveau, et même qui communique avec les ventricules? lorsque rien ne retenait ce liquide accumulé sur un hémisphère, la position du cadavre a suffi pour produire une accumulation de sérosité plus marquée d'un côté que de l'autre; 2° parce qu'il n'y a pas de rapport déterminé entre l'étendue et la gravité de la paralysie et la lésion cérébrale : en sorte que l'on trouve souvent une paralysie liée, par exemple, à un petit épanchement sanguin dans la pulpe, d'un côté, tandis qu'un épanchement de sérosité considérable dans le ventricule du côté opposé ne produira aucune paralysie; si alors le petit épanchement sanguin échappait à l'investigation de l'anatomiste, il serait naturellement porté à admettre que la paralysie serait le résultat de cet

me conduisent à conclure que, dans les cas que j'ai rapportés, l'épanchement n'a point été la cause de la paralysie, mais qu'il a été l'effet ou la terminaison d'un certain état de la circulation dans une partie du cerveau, qui a eu pour effet de déterminer la paralysie dès l'invasion de la maladie. Tous les phénomènes de la paralysie démontrent que cette affection dépend, dans certains cas, d'une cause temporaire de sa nature, et pouvant être rapidement et entièrement détruite. Nous voyons l'hémiplégie se manifester au plus haut degré, et n'en disparaître pas moins ensuite très-rapidement; mais ce que l'on remarque de plus singulier dans la marche de certaines paralysies, c'est de les voir persister sans présenter aucune amélioration pendant plusieurs mois ou plusieurs semaines, et ensuite, par l'effet d'un changement qui échappe tout-à-fait à notre observation, s'améliorer et disparaître très-rapidement.

Je ne sais à quelle espèce de paralysie je dois rapporter celle qui fait le sujet de l'observation suivante, mais je la présente comme l'exemple le plus remarquable que j'aie observé d'une paralysie long-temps continuée sans aucune lésion morbide apparente qui puisse l'expliquer.

Obs. CXX. Un homme de trente-cinq ans perdit subitement la parole pendant qu'il était debout dans la rue, causant avec un ami; il la reprit au bout de quelques minutes,

épanchement séreux dans le ventricule du même côté; 3° parce que, comme le fait observer M. Abercrombie, une paralysie déterminée par une lésion cérébrale instantanée, telle, par exemple, qu'une congestion dans un hémisphère cérébral, persiste quelquefois après que cette lésion a disparu. Si l'ouverture du cadavre fait ensuite reconnaître une lésion cérébrale du côté paralysé, on sera encore porté à considérer cette lésion comme la cause de la paralysie. Nous avons souvent vu des médecins, préoccupés de l'existence, regardée par eux comme nécessaire, d'une lésion cérébrale qui pût rendre compte des symptômes éprouvés par les malades, attribuer à cette lésion, récente de sa nature, des symptômes qui existaient depuis long-temps au moment de la mort. A. N. G., *trad.*

rentra chez lui, et ne se plaignit d'aucun mal. Le soir du même jour, il tomba subitement de son siége, sans parole, et frappé d'une paralysie de tout le côté droit, mais sans coma; il entendait et comprenait tout ce qu'on lui disait, et répondait par signes. De ce moment il resta au lit pendant plusieurs semaines, sans éprouver aucun changement dans les symptômes qu'il présentait. Au bout de trois mois, il avait recouvré le mouvement de sa jambe, de manière à pouvoir marcher un peu, traînant sa jambe en avant par un mouvement de tout le côté droit du corps; il reprit ensuite beaucoup de force, au point qu'il devint capable de faire plusieurs milles à pied; il continuait cependant à traîner en avant de la même manière, son membre abdominal droit sans aucun nouveau soulagement. Il ne reprit pas au plus léger degré le mouvement du bras ou de la jambe; il ne pouvait même pas remuer les doigts; sa parole était inarticulée, et son extérieur annonçait une grande faiblesse des facultés intellectuelles. Il resta dans le même état sans éprouver de rechute, mais aussi sans aucune amélioration pendant quinze ans, et il mourut à l'âge de cinquante ans. Dans le mois qui précéda sa mort, il perdit progressivement ses forces; je le trouvai, quatre jours avant qu'il n'ait cessé de vivre, dans un état semblable à celui que cause le typhus; son pouls était fréquent et précipité, sa langue très-fuligineuse et sèche dans son milieu; il ne se plaignait d'aucune douleur; il n'était point alors couché, mais il fut retenu au lit le lendemain, et il s'éteignit rapidement, sans coma, trois jours après.

Ouverture du cadavre. — Les membranes du ceveau adhéraient étroitement les unes aux autres, et au cerveau lui-même, dans l'étendue d'un shelling, à la partie supérieure de l'hémisphère droit. Il y avait une grande quantité de liquide sous l'arachnoïde et dans les ventricules. Près de la partie postérieure du sinus longitudinal, une petite portion

de ce canal veineux semblait épaissie dans ses tuniques, et dans ce point le vaisseau était brunâtre à sa surface interne, qui était légèrement fongueuse. La queue de cheval était d'une couleur brune remarquable, comme si elle avait baigné dans du sang veineux, mais elle n'offrait aucune altération de structure. Les recherches les plus attentives ne firent reconnaître aucune autre trace de maladie dans aucune partie du cerveau et de la moelle épinière.

L'altération morbide remarquable des artères du cerveau qui a déjà été signalée comme se rencontrant très-communément chez les vieillards, peut très-probablement être la cause d'interruptions passagères de la circulation et de légères attaques de paralysie, qui peuvent, au bout de quelque temps, disparaître par des changements qui échappent à notre observation. C'est peut-être ce qui est arrivé chez le sujet de l'observation suivante, que je dois au docteur Simson.

Obs. CXXI. Un homme de cinquante-huit ans fut attaqué, en 1805, d'hémiplégie du côté droit, sans coma; après le traitement ordinaire, son état s'améliora graduellement; au bout de cinq mois cet homme était tout-à-fait rétabli; seulement sa jambe droite était restée plus faible que l'autre. En 1812, il eut une autre attaque, précédée d'une violente céphalalgie; il se rétablit encore graduellement de cette attaque, mais son rétablissement fut moins complet qu'après la première attaque. Il eut quatre autres attaques, de 1812 à 1817; chaque fois il se rétablit sous l'influence des moyens de traitement ordinaires, la saignée et les purgatifs. En 1817, il eut une violente attaque qui intéressa encore le côté droit. Sa parole était inintelligible, et sa bouche était fortement déviée à gauche. Les évacuations sanguines soulagèrent, mais le malade ne se rétablit pas des suites de cette attaque; il resta paralytique du côté droit avec la bou-

che déviée et la parole tout-à-fait inintelligible. En novembre 1818, il commença à être affecté d'une gangrène aux orteils, qui fit de progrès très-lents, et se termina par la mort en avril 1819. Depuis sa première attaque, en 1805, jusqu'à sa seconde, en 1812, lorsqu'il voulait lire ou écrire, ses idées devenaient toujours confuses, et il avait de la douleur de tête, au point qu'il était obligé de renoncer immédiatement à son travail; mais, après l'attaque de 1812, il devint capable de lire et d'écrire sans aucune confusion dans les idées, sans aucun embarras dans la tête, et même sans faire usage de lunettes, qui lui étaient auparavant indispensables.

Ouverture du cadavre. — La dure-mère paraissait considérablement épaissie, la pie-mère paraissait l'être aussi, et était très-injectée. Les artères du cerveau étaient malades dans une très-grande étendue; leurs parois étaient épaissies et ossifiées en plusieurs points. Ces lésions étaient surtout remarquables dans les troncs principaux des carotides et des vertébrales, et s'étendaient jusque dans les plus petites branches. Les carotides internes semblaient beaucoup plus volumineuses que dans l'état ordinaire, et leurs parois étaient très-épaissies. Les vertébrales et leurs branches présentaient les mêmes désordres à un beaucoup plus haut degré encore, particulièrement auprès de la protubérance annulaire, où l'artère basilaire était tout-à-fait friable. Les branches que fournit ce vaisseau étaient dans le même état.

Note du Traducteur sur l'état du cerveau dans la paralysie.

Ce serait s'avancer beaucoup, dans l'état actuel de la science, que d'établir comme fait, que les incrustations calcaires ou osseuses des artères cérébrales déterminent la manifestation de la paralysie, autrement que par l'épanchement de sang, dont la gêne qu'elles produisent dans la circulation pourrait être la cause déterminante; quoi qu'il en soit, il est incontestable que cette altération se trouve fréquemment dans le cerveau des paralytiques chez lesquels la perte du mouvement d'une partie du corps n'est point expliquée par une lésion du tissu cérébral. Voici une observation des plus remarquables que nous ayons eu occasion de recueillir sur

une paralysie sans lésion cérébrale qui l'explique suffisamment. La durée de la maladie, la présence du malade dans un service médical public, les examens réitérés dont il a été l'objet pour suivre les effets des moyens de traitement variés auxquels nous l'avons soumis, ont mis dans le cas de bien constater tous les symptômes de la maladie, après la terminaison de laquelle nous avons mis à la recherche de l'état des organes profonds toute l'attention dont nous sommes capables.

Obs. CXXI (*bis*). Gauthier, âgé de cinquante-neuf ans, serrurier à Paris, fut pris, le 8 mars 1831, en travaillant, d'un éblouissement subit sans perte de connaissance. Cet éblouissement ne dura que quelques instants, et laissa les membres du côté droit privés de la faculté d'obéir à la volonté, sans que, du reste, cet homme éprouvât aucune douleur, soit à la tête, soit dans toute autre partie du corps. La sensibilité persistait dans les membres paralysés. Le lendemain, les membres droits n'étaient plus complètement privés de mouvement, ils étaient seulement faibles. Le malade put se lever, et se disposer à retourner à son travail. A peine était-il descendu dans la rue, qu'un nouvel éblouissement le fit tomber sur le côté droit; la hanche et la tempe droites portèrent sur le pavé, mais il n'y eut point de contusion sensible, et tout le reste du jour, il ne se manifesta aucune douleur, seulement les membres droits étaient devenus plus faibles que le matin, au moment où cet homme se leva. Le 9, il fut amené à l'Hôtel-Dieu; il n'accusait aucune douleur, il avait conservé son appétit; il jouissait de ses facultés intellectuelles, la parole était libre, la langue était droite, et les lèvres étaient déviées à gauche; la jambe exécutait des mouvements faibles, mais le bras était immobile sans être roide; la sensibilité des parties paralysées était conservée; le pouls était dans l'état naturel, et toutes les fonctions de nutrition s'exécutaient bien. On eut recours à des saignées locales et générales, à des purgatifs administrés par la bouche et en lavement. Il n'y eut aucun changement jusqu'au 13 avril, que le bras put exécuter quelques mouvements; les doigts pouvaient agir séparément, excepté le petit doigt. On remarqua que, chaque fois que cet homme bâillait, son bras exécutait un mouvement subit et involontaire d'abduction. Le 20 avril, un léger mouvement d'élévation du bras était devenu possible; le malade ressentait dans le membre un fourmillement qu'il comparait à celui qui résulte d'un coup reçu sur le coude. A la fin d'avril, une vive douleur se faisait sentir dans l'articulation scapulo-humérale; on la combattit inutilement par des vésicatoires volants et des saignées locales.

Le 14 mai 1831, lorsque nous prîmes le service de la salle Saint-Landry, au n° 15 de laquelle cet homme était couché, nous le trouvâmes avec une paralysie de mouvement du bras gauche qui était serré contre le thorax, et dans un état de demi-flexion. Le malade éprouvait de vives douleurs dans ce membre, depuis l'épaule jusqu'au bout des doigts; il pouvait cependant remuer les doigts, mais dans des limites peu étendues. Les

mouvements qu'on cherchait à imprimer au membre étaient très-douloureux. La sensibilité du membre était très-faible. La jambe droite était dans un état de demi-paralysie qui ne permettait que des mouvements de totalité; elle conservait toute sa sensibilité; la bouche était légèrement déviée à gauche, la langue était droite, le pouls était mou, sans fréquence. Le malade se plaignait, pour la première fois depuis l'invasion de la maladie, de céphalalgie. Des sangsues furent appliquées derrière les oreilles, et réitérées sans aucun avantage. Un séton fut établi à la nuque. Malgré tous ces moyens, et des applications réitérées de sangsues et l'emploi des dérivatifs du tube digestif, la maladie resta stationnaire. Le malade commença à maigrir. Nous eûmes recours, sans aucun avantage, à différentes méthodes de traitement, aux frictions mercurielles, à l'administration de la strichnine, etc. Au mois d'août, un érysipèle de la face et du cuir chevelu des plus graves se manifesta, et parcourut à deux fois toute la surface du corps; il devint phlegmoneux à la jambe gauche; un vaste foyer se forma dans l'épaisseur de ce membre et fut évacué. Ce foyer s'oblitéra, mais le malade allait en s'affaiblissant; le bras paralysé restait dans l'état de contracture, la tête était toujours le siége d'une vive douleur qui avait son siége au synciput et aux tempes; une escharre se manifesta au sacrum, et le malade épuisé succomba par les progrès de l'affaiblissement, le 13 octobre 1831, sans avoir éprouvé aucune amélioration de sa paralysie.

Ouverture du cadavre. Maigreur générale du corps. Les os du crâne semblent plus épais et plus fragiles que dans l'état ordinaire chez les sujets de cet âge. Les artères cérébrales sont examinées, et on ne trouve qu'une plaque cartilagineuse d'une ligne de diamètre dans les parois d'ailleurs saines de l'artère cérébrale postérieure. Dans le pédoncule antérieur du cerveau, des deux côtés, la substance grise offrait une coloration plus foncée que d'ordinaire, mais sans aucune altération de texture. Le cerveau était généralement peu dense, sans être, à proprement parler, ramolli. Les lamelles inférieures droites du cervelet étaient molles, surtout dans le tissu gris; elles s'isolaient plus aisément que dans l'état sain par la percussion d'un filet d'eau, mais leur tissu n'était nullement altéré dans son aspect; la même altération s'observait du côté gauche dans les mêmes parties, mais à un moindre degré. Les membranes cérébrales, les ventricules cérébraux et le tissu cérébral dans toute son étendue, n'offraient aucune lésion quelconque; les recherches ont été poussées aussi loin que possible, il n'y avait ausssi pas de trace de lésion morbide dans le canal rachidien, et dans la moelle épinière et ses membranes. Le plexus brachial et les nerfs brachiaux droits étaient tout-à-fait dans l'état sain. Le cœur était ramolli et dépourvu de couche adipeuse; il ne contenait que peu de sang, faiblement coagulé; les poumons étaient sains; le foie était sain, légèrement décoloré, et plus mou dans toutes ses parties que dans l'état physiologique; la bile contenue dans le vésicule du fiel était noirâtre; le tube digestif était sain dans toutes ses parties; ses membranes étaient généralement minces.

Le ramollissement du cervelet a été la lésion la plus évidente sur le cadavre de ce paralytique; elle ne pourrait rendre compte de la paralysie; comment d'ailleurs expliquerait-on ce symptôme limité à un côté par une lésion qui a porté sur les deux également? Il nous paraît cependant probable qu'il a existé dans l'origine chez cet homme, une cause matérielle cérébrale de l'hémiplégie; mais cette cause aura disparu, et son effet aura seul persisté. A. N. G., *trad.*

§. II. *Paralysie avec extravasation de sang peu considérable.*

Les symptômes qui paraissent liés à une extravasation de sang dans le cerveau, semblent dépendre en grande partie de la quantité de sang épanché. Lorsque l'apoplexie se manifeste, le sang paraît en général s'épancher par déchirure de la substance cérébrale, soit à la surface, soit dans les ventricules du cerveau. Dans les cas de paralysie, le fluide extravasé paraît confiné à une cavité déterminée dans laquelle l'hémorrhagie s'effectue dès le début. Ces lésions hémorrhagiques peuvent se trouver dans quelques points de la substance des hémisphères; le plus ordinairement c'est dans les corps striés qu'on les rencontre; mais on peut aussi les trouver dans la substance du pont de Varole ou de la moelle allongée. Ils peuvent aussi se manifester à la surface du cerveau, comme chez le sujet de l'observation CXXVII, dans lequel le kyste qui contenait le sang extravasé était distinctement contenu dans le tissu cellulaire sous-arachnoïdien.

L'épanchement d'une certaine étendue dans la substance ou à la surface du cerveau, paraît en général produire la paralysie du côté opposé du corps, et à mesure que la quantité de liquide épanché augmente, la maladie passe à l'état d'apoplexie; il paraît cependant que l'épanchement peut survenir et déterminer une apoplexie funeste sans avoir produit de paralysie. On a déjà publié plusieurs faits dans lesquels ce phénomène a été observé, quoique dans tous il y ait eu un intervalle considérable entre l'attaque et la manifestation du coma.

Lorsque l'épanchement est moins considérable, de manière à rester limité dans une cavité d'étendue médiocre dans la substance du cerveau, le malade est, en général, paralysé et privé de la parole sans être dans un état de coma parfait, ou s'il y a eu coma pendant quelque temps, immédiatement après l'attaque, cet état disparaît au bout d'un certain intervalle, et le symptôme dominant de la maladie est ensuite la paralysie.

L'observation fait reconnaître de remarquables variétés dans la marche ultérieure de ces affections cérébrales. Quelques-unes, au bout d'un temps, finissent par le coma, même lorsque l'épanchement de sang n'est pas très-considérable; dans d'autres cas, le malade se rétablit entièrement des effets de l'épanchement d'une certaine étendue; il arrive même qu'il se rétablit des effets immédiats d'une extravasation très-considérable, et qu'il survit pendant plusieurs années dans un état de paralysie [1]. La cause de cette différence dans la marche de la maladie, semble se trouver en grande partie dans l'état de la subtance cérébrale autour de l'épanchement. Lorsqu'une extravasation peu considérable devient funeste, elle paraît ordinairement liée à un ramollissement de la substance cérébrale d'une certaine étendue autour de la cavité qui contient le sang extravasé. On a aussi des raisons de penser que des extravasations de sang de très-petite étendue dans des cas funestes doivent être elles-mêmes considérées comme l'effet d'une apoplexie simple; la terminaison fatale ne peut être attribuée alors à l'épanchement, mais à l'état d'apoplexie simple qui peut même déterminer la mort sans produire d'extravasation ou d'effusion de liquide. On peut regarder cette explication de la terminaison funeste du mal jusqu'à un certain point comme conjecturale; mais l'explication de la mort par le

[1] L'observation CXVI (*bis*). de la note de la page 345, confirme entièrement ces remarques de M. Abercrombie. A. N. G., *trad.*

ramollissement cérébral autour du foyer est le résultat de l'observation, puisque les faits établissent la terminaison fatale de la maladie avec le ramollissement de la substance cérébrale autour du coagulum, tandis que l'on voit d'autres fois le rétablissement avoir été tout-à-fait complet, quoique l'épanchement ait été très-considérable. Le ramollissement dans ces cas semble provenir de l'état morbide des artères de la partie, le même, probablement, qui fait naître en général l'extravasation.

Lorsque la substance cérébrale autour de l'épanchement reste dans l'état sain, des caillots très-volumineux sont graduellement et complètement absorbés. Cette absorption paraît commencer très-promptement après l'épanchement, mais elle ne s'opère qu'avec beaucoup de lenteur. Si l'on a occasion de voir le sang épanché quatorze ou quinze jours après l'attaque; on trouve qu'il n'a déjà plus l'apparence du sang récemment extravasé. La partie la plus fluide a en grande partie disparu, et le caillot est devenu plus dense et d'une couleur noire-brunâtre. Plus tard, ce caillot prend une texture ferme et comme fibreuse, la couleur rouge-brune se perd graduellement, et la dernière partie qui reste est une petite masse de fibrine d'une couleur légèrement rougeâtre, qui disparaît aussi entièrement au bout d'un certain temps.

Le temps nécessaire pour cette absorption doit dépendre en grande partie du volume du caillot, mais semble aussi réglé par d'autres circonstances. Chez le sujet de l'observation CXXIII, un caillot, qui doit avoir été d'un volume très-considérable, avait entièrement disparu en moins de cinq mois, et chez le malade de l'observation CXXVI, il était en partie absorbé à la fin du troisième mois. D'un autre côté, M. Moulin a trouvé un petit caillot qui n'était pas entièrement absorbé au bout d'un an; et Riobé rencontra encore du

sang dans une cavité d'une petite étendue au bout de vingt mois. Dans deux cas, M. Serres a trouvé un caillot de sang desséché au bout de deux ans dans un cas, et à la fin de la troisième année dans un autre [1].

Pendant que ces changements se font dans le fluide extravasé, la cavité dans laquelle il est contenu se revêt d'une membrane jaunâtre, solide, distincte; et lorsque le coagulum a entièrement disparu, on trouve le kyste formant une cavité bien circonscrite, qui est en général entièrement vide. Des brides de la même matière jaune qui forment ce kyste, le traversent souvent dans différentes directions, d'une paroi à la paroi opposée. Des écrivains français pensent que le kyste finit par s'oblitérer; mais je n'ai jamais rien observé qui m'ait prouvé que les choses se passent de cette manière. J'ai examiné de ces kystes à différentes périodes de leur formation, et je n'ai rien vu qui puisse annoncer une oblitération de leur cavité, excepté les brides que j'ai déjà indiquées, et qui réunissent les parois opposées. Ces kystes paraissent être évidemment organisés : l'on a plusieurs fois observé de nombreux vaisseaux qui se ramifient dans l'épaisseur de la membrane accidentelle qui les forme.

On ne sait pas précisément à quelle période de la maladie cette membrane accidentelle se forme : Riobé l'a vue dans un cas trois semaines après l'attaque; et une autre fois il croit l'avoir observée à sa formation dans un état de mollesse considérable dès le troisième jour. Dans les cas que j'ai eu occasion d'observer, j'ai, en général, trouvé le kyste complètement vide après l'absorption du caillot; il paraît cependant que les écrivains français l'ont fréquemment

[1] Le fait qui sera rapporté dans la note de la page 379, et qui est l'objet de l'observation CXXI (*ter*), prouve que, dans quelques circonstances, le travail de résorption commence très-peu de temps après l'hémorrhagie, par la rapidité avec laquelle s'organise le kyste qui doit être le moyen d'absorption. A. N. G., *trad.*

trouvé rempli d'un fluide séreux. Ils pensent que ce liquide est sécrété par les vaisseaux exhalants de la membrane, et est ensuite absorbé après qu'il a dissous une partie du caillot; que c'est de cette manière que le caillot disparaît graduellement, et que la membrane continue ainsi à exhaler et à absorber de la sérosité jusqu'à ce que cette cavité soit oblitérée [1]. J'ai déjà dit que, d'après mon observation, des cavités même d'une large capacité se trouvent entièrement vides. M. Moulin a rapporté le cas d'une paralysie qui durait depuis seize ans sans interruption. Les membres paralysés étaient atrophiés, et le malade n'avait jamais recouvré la parole; il existait un kyste qui contenait quatre onces de fluide sanguinolent.

A mesure que l'absorption du caillot s'opère, les symptômes diminuent quelquefois et disparaissent entièrement; mais d'autres fois, la diminution des accidents n'est que partielle, et dans des cas où le malade était encore affecté de paralysie à un haut degré, à la fin de sa vie, on trouva que le caillot avait entièrement disparu. Dans d'autres cas aussi, les accidents paraissent cesser très-rapidement, quoiqu'il y ait toute raison de penser que le caillot est encore

[1] La résorption du sang épanché dans les ventricules est nécessairement favorisée par la sérosité qui remplit ces cavités; et cette sérosité, en dissolvant successivement le sang, porte sur toute l'étendue des surfaces qu'elle revêt les parties intégrantes de ce fluide extravasé, et les livre ainsi à l'absorption. La preuve que les choses se passent ainsi, c'est qu'à l'ouverture des cadavres de ceux qui périssent par un épanchement sanguin dans les ventricules, ou communiquant avec les ventricules, on trouve le fluide céphalo-rachidien coloré par le sang jusqu'au bas du rachis. Ce fluide extravasé est donc ainsi dissous, et ses molécules mêlées avec tout le liquide céphalo-rachidien.

Il arrive cependant aussi, et, dans ce cas, on conçoit que la résorption doive être plus lente, que le fluide extravasé se coagulant, obstrue la communication du ventricule latéral avec le troisième ventricule, et ainsi avec toute la cavité commune ventriculaire et sous-arachnoïdienne qu'occupe le fluide céphalo-rachidien. Cette obstruction fait que ce fluide, s'accumulant en plus grande quantité dans le ventricule ainsi isolé, le dilate et fait naître des accidents de compression latérale. A. N. G., *trad.*

présent, et ne peut encore avoir été absorbé; c'est probablement ce qui est arrivé chez le sujet de l'observation CXXVI.

On est fondé à croire que le sang extravasé peut être absorbé de la même manière dans les ventricules, quoique, dans les cas de cette espèce, cette résorption soit très rare. Un homme dont Riobé a parlé, avait eu une attaque d'apoplexie qui l'avait laissé hémiplégique du côté gauche; le rétablissement fut graduel, et ne fut complet qu'à la fin de dix-huit mois, que cet homme périt de péripneumonie. Il y avait dans le ventricule latéral droit une petite quantité de sang coagulé, et la membrane qui revêt le ventricule était d'une couleur jaunâtre et fort épaissie. J'ai donné dans l'observation CXXVII, un exemple d'absorption sur la surface du cerveau; le kyste s'était développé dans la couche celluleuse sous-arachnoïdienne, mais il offrait tous les caractères des kystes qui se trouvent dans la substance du cerveau.

Je vais présenter en différents groupes des observations qui feront connaître les diverses modifications de cette maladie. La première est rapportée avec quelques détails, pour montrer distinctement les différentes périodes de cette lésion cérébrale si digne d'intérêt.

Note du Traducteur. — Le kyste à peine formé, et l'épanchement non encore résorbé.

M. Abercrombie commence sa série de faits par des observations dans lesquelles le kyste était déjà formé, et la résorption de l'épanchement opéré. Ce sera remplir une lacune que de présenter ici un fait dans lequel le kyste a été observé à une époque voisine de sa formation, et lorsque la résorption de l'épanchement, qui ne se fait qu'après la formation du kyste, était à peine commencée.

Obs. CXXI (*ter.*) Isambert, journalier, âgé de soixante ans, jouissait d'une bonne santé, et n'avait jamais éprouvé d'affection encéphalique, lorsqu'il fut pris, dans les premiers jours de décembre 1831, d'un œdème

des pieds sans aucun autre dérangement dans sa santé. Il entra à l'hôpital Cochin, où il ne séjourna que quatre jours, après lesquels l'œdème des extrémités avait disparu; il reprit son travail habituel sans éprouver aucun symptôme de maladie, lorsque, le 10 décembre au soir, il perdit subitement connaissance sans que rien eût pu lui faire présager cet accident. Il resta sans connaissance toute la nuit, et il était encore dans le même état, le 11 décembre, lorsqu'il fut apporté dans le service qui nous est confié à l'Hôtel-Dieu. La jambe et le bras droit étaient immobiles, et semblaient insensibles. La commissure des lèvres était tirée à gauche, le pouls était plein, la face colorée. Cet homme ne donnait aucun signe de connaissance. On pratiqua successivement plusieurs saignées générales et locales, et on administra une boisson émétisée. Le deuxième jour, la connaissance était rétablie, le malade pouvait parler, quoique avec beaucoup de difficulté, la langue sortie de la bouche était déviée à droite. Il cherchait les mots pour rendre ses idées, et ne les trouvait souvent pas. Le bras et la jambe droite étaient complètement paralysés et privés de sentiment. Ces membres n'étaient, du reste, le siége d'aucune contracture, et le malade n'y ressentait aucune douleur; il n'avait point de céphalalgie. Le 27, l'état du malade était stationnaire, un séton fut établi à la nuque. Le 30, la jambe droite avait repris du mouvement en totalité: elle avait aussi récupéré à un certain degré sa sensibilité; le bras était fléchi sur la poitrine, mais on parvenait aisément à l'étendre et à le mouvoir sans faire éprouver de douleur au malade, qui ne ressentait aussi aucune douleur spontanée dans ce membre. Le 8 janvier 1832, cet homme fut pris, pour la première fois, d'une céphalalgie susorbitaire assez vive avec pesanteur de tête. Il comparaît cette douleur au sentiment qui résulterait de l'application d'une barre au-dessus des yeux et sur la racine du nez. Le pouls avait pris de la fréquence, et la peau était devenue chaude au toucher. Des sangsues furent appliquées derrière les oreilles. Le 11, la céphalalgie avait disparu, mais la fréquence du pouls continuait, et le malade se plaignait d'une douleur au bas du dos, au lieu où s'était formée une petite escharre sur le sacrum. Le 12, même état général, et léger délire lorsque l'on ne fixe pas l'attention du malade; des vésicatoires sont appliqués derrière les oreilles. Le 13, le délire augmente, le malade est dans un état d'abattement voisin du coma. Le 14, un érysipèle occupe la moitié gauche du cuir chevelu et de la face; le délire est continu. La fièvre est vive, la paralysie reste au même degré. Mort le 16 au matin.

A l'ouverture du cadavre, on trouve la peau du côté gauche de la tête tuméfiée, et le tissu cellulaire sous-cutané infiltré d'une grande quantité de sérosité rougeâtre. La pie-mère était légèrement injectée dans toute son étendue. Le tissu cérébral était généralement ferme, et ses petits vaisseaux injectés. Le ventricule latéral droit était distendu par de la sérosité jaune citrine, qui s'y trouvait à la quantité d'environ deux onces. Le septum lucidum était sain, le plexus chroïde était pâle. Le ventricule latéral gauche était aussi distendu par de la sérosité; son plexus choroïde

était également pâle. La membrane interne de ces ventricules était parfaitement saine. A la partie externe, et dans l'intervalle du corps strié et de la couche optique gauche, existait un foyer du volume d'un petit œuf de poule. Ce foyer était rempli d'un sang violâtre, grumeleux, mou, comme boueux. Ce sang étant enlevé par la percussion d'un filet d'eau, la cavité qu'il occupait a paru tapissée d'une membrane molle, tomenteuse, rougeâtre, qui n'avait que très-peu d'adhérence avec le tissu cérébral adjacent. Cette membrane, enlevée et interposée entre l'œil et la lumière, a paru demi-diaphane, et a présenté, dans son épaisseur, une multitude de stries vasculaires. Elle se déchirait avec une très-grande facilité ; la surface cérébrale au-dessous de cette membrane était lisse, ferme ; n'offrant aucune apparence de déchirure ni de ramollissement. Ce foyer était isolé de toutes parts, et entouré par du tissu cérébral. Le ventricule gauche du cœur présentait une diminution considérable de sa cavité, dans laquelle l'extrémité du doigt avait peine à pénétrer ; ses parois avaient de onze à douze lignes d'épaisseur. L'aorte était dilatée d'un tiers de son volume naturel, sa surface interne présentait des aspérités formées par des lames et des incrustations ostéo-cartilagineuses, et des bosselures rougeâtres produites par l'épaississement de ses membranes interne et moyenne en ces points. Cet état de l'aorte se prolongeait jusqu'à son passage au travers du diaphragme. Les viscères abdominaux étaient sains.

Cette observation a permis de constater l'état d'organisation de la membrane du kyste au trente-sixième jour après l'épanchement. L'épanchement subsistait, et la membrane du kyste s'organisait ; la résorption ne se fût faite qu'après l'organisation complète de ce kyste. On a ainsi pu, dans ce cas, bien séparer les accidents qui se liaient directement à l'épanchement cérébral, qui ont existé seuls pendant le premier mois, des accidents d'hyperstimulation cérébrale qui ont particulièrement déterminé la mort. L'état du cœur a suffisamment expliqué l'œdème des extrémités, qui avait précédé l'hémorrhagie cérébrale ; l'infiltration séreuse par obstacle à la circulation, et la congestion sanguine et l'hémorrhagie, sont des phénomènes pathologiques du même ordre. A. N. G., *trad.*

A. *Le kyste vide. — Mort du malade par une affection différente.*

Obs. CXXII. Un ecclésiastique de vingt-neuf ans se plaignait depuis plusieurs semaines d'une céphalalgie fréquente, qui l'affectait particulièrement le matin. Le mardi 30 novembre 1819, il sortit dans son état de santé habituelle vers les onze heures du matin ; il entra environ une demi-heure après dans une boutique où il tomba sans parole et la bouche

déviée d'un côté. On le rapporta immédiatement chez lui; il avait alors l'usage de tous ses membres, et il pouvait même marcher dans sa chambre. Il proférait des paroles inarticulées et incohérentes, sa bouche était très-déviée du côté gauche; il semblait reconnaître ses amis. Presque aussitôt ses idées devinrent plus incohérentes, et il tomba dans le coma incomplet. Il fit une vive résistance lorsqu'on voulut le saigner. La fréquence du pouls était naturelle. Je le vis immédiatement après la saignée; il avait un certain dégré de pâleur, et son pouls n'était point altéré; il faisait de violents efforts pour parler, et lorsqu'on le dérangeait il devenait par fois violent. Ses paroles étaient tout-à-fait inarticulées, et il ne paraissait pas comprendre ce qu'on lui disait. Après une nouvelle saignée et l'action des purgatifs, etc., il devint plus intelligent, et le lendemain, 1er décembre, ses facultés sensitives étaient beaucoup plus développées; il connaissait ceux qui l'entouraient, et répondait parfois distinctement aux questions qu'on lui adressait, lorsqu'elles comportaient une réponse très-courte. S'il faisait des efforts pour faire une réponse plus longue, il tombait dans l'incohérence, et souvent paraissait dans l'anxiété pour décrire une chose; mais alors on ne pouvait comprendre un seul mot de ce qu'il disait. Il avait l'usage de tous ses membres, et quelquefois il se levait avec une grande agilité pour aller chercher ce qui lui manquait, lorsqu'il ne pouvait faire comprendre sa demande à ceux qui le soignaient. On revint à de nouvelles saignées et à de nouvelles purgations; il y eut une amélioration progressive. Le 3 décembre, il pouvait parler correctement, quoique lentement et péniblement, comme si il eût essayé de se rappeler un mot dont il avait besoin pour rendre son idée. Il raconta alors distinctement les circonstances de son accès du 30; il dit qu'il avait éprouvé une violente céphalalgie, qui l'avait pris d'une manière subite, au moment où il mettait ses bottes pour sortir; que cette céphalalgie avait

continué; il se souvenait qu'il était entré dans la boutique d'une personne qu'il nommait, et que cette personne lui avait dit qu'il était très-malade, et qu'il fallait le reporter chez lui. De ce moment son état s'améliora progressivement. Le 18, il était revenu à son état naturel; seulement il conservait la langue un peu épaisse dans la prononciation, et un léger degré de confusion dans les idées pendant quelques minutes le matin après son réveil; ces symptômes disparurent bientôt.

Il jouit d'une bonne santé jusqu'au 15 novembre 1820, qu'il fut subitement pris, dans l'après-midi, d'une perte de la parole et d'une paralysie du bras droit. Je le vis une heure après cette attaque; on ne put obtenir que très-peu ou même pas de sang par l'ouverture de la veine, mais l'artère temporale étant ouverte très-bas, fournit largement du sang. Le malade en perdit ainsi vingt onces, et tomba en défaillance; il prit ensuite des purgatifs; le lendemain, il se trouvait beaucoup mieux, et au bout de quelques jours les symptômes avaient entièrement cessé.

Sa santé continua à être bonne pendant environ un mois. Le 16 décembre 1820, il allait à la campagne à cheval; il fut rencontré, à environ trois milles de la ville, marchant à côté de son cheval, presque privé de la parole, et avec l'apparence d'un homme ivre. Il arriva en cet état chez la personne qu'il allait visiter, mais il ne put se faire comprendre, et aussitôt après son arrivée, il tomba dans le coma complet; on eut recours sans aucun effet immédiat aux moyens ordinaires. Pendant le reste de la journée du 16 et pendant toute celle du 17, il resta dans le coma complet, nonobstant des saignées répétées jusqu'à la syncope, et d'autres moyens ordinaires. Le 18, vers cinq heures du matin, il sortit de l'état de coma, et dès ce moment il se rétablit graduellement. Le 21, il put quitter son lit et marcher avec assurance, et il ne tarda pas à être rétabli dans son état de santé, excepté que sa parole resta très-embar-

rassée. Quelques temps après, il commença à se plaindre de la tête, malgré le régime très-sévère auquel il était soumis; ce nouvel accident fut soulagé par la saignée, et pendant un temps considérable il fallut recourir à de petites saignées toutes les deux ou trois semaines. Il fut ainsi ramené à un état de santé tolérable, mais il ne se rétablit point entièrement des suites de sa dernière attaque; il conserva de la gêne dans la prononciation. Son esprit était évidemment lent; son regard égaré, et son tempérament irritable. Il n'en conservait pas moins tous les rapports de la vie ordinaire, et remplissait les plus simples devoirs de sa profession, tels que de faire les baptêmes et les mariages; il ne prêchait jamais, malgré tout le désir qu'il avait d'arriver à pouvoir le faire. Il jouissait de l'usage de tous ses membres, et pouvait se livrer à beaucoup d'exercice. Il restait sujet à la céphalalgie pour laquelle il se faisait saigner de temps en temps. Il eut une fois une attaque d'hémoptysie qui disparut en peu de jours. Cet état dura jusqu'au 20 mai 1822; il fut alors pris de toux, de dypsnée et de fréquence du pouls. Il périt de cette affection thoracique le 7 juin, sans avoir éprouvé aucun retour des symptômes cérébraux.

Ouverture du cadavre. — Dans la substance de l'hémisphère gauche du cerveau, vers le centre et à égale distance du ventricule et de la surface, se trouvait un kyste d'un pouce et demi de longueur sur un pouce de largeur. Ce kyste était tout-à-fait vide, mais sa cavité était revêtue par une membrane jaunâtre, dense, d'une épaisseur considérable. Cette membrane se séparait aisément de la substance cérébrale environnante, à laquelle elle adhérait très-légèrement. Dans la substance de l'hémisphère droit, dans un point exactement correspondant au premier, se trouvait un autre kyste tout-à-fait semblable, mais plus petit. Ce kyste formait un sinus étroit, d'une capacité à admettre une plume; il était comme celui de l'hémisphère opposé, absolument

vide et revêtu par une membrane jaune tout-à-fait semblable. Une petite quantité de liquide limpide était dans le ventricule ; il n'existait aucune autre trace de lésion morbide.

Les poumons offraient une légère hépatisation, et la maladie s'étendait à la muqueuse bronchique.

Obs. CXXIII. Un homme de cinquante-six ans fut subitement pris de perte de la parole dans les derniers jours de juin 1826, au moment où il traversait le Muséum de l'Université d'Édimbourg. Il marcha avec difficulté, étant soutenu, jusqu'à la maison d'un de ses amis dans le voisinage. C'est là qu'on s'aperçut d'abord qu'il était paralysé du côté droit. Au bout de quelques instants, il tomba dans un état très-voisin du coma, où il resta pendant quelques jours. Après des saignées répétées, des purgatifs, il reprit graduellement de la sensibilité; mais on s'aperçut qu'il avait presque entièrement perdu la mémoire des mots, quoiqu'il parût bien comprendre ce qu'on lui disait. Il reprit graduellement, à un faible degré à la vérité, l'usage de sa jambe, au point qu'il pouvait marcher. Mais il n'eut que bien peu d'amélioration dans les mouvements du bras, et sa parole et la mémoire des mots restèrent chez lui très-imparfaites. La mémoire des personnes et des événements semblait assez bien conservée. Son état s'améliora graduellement sous tous les rapports jusque vers la fin d'octobre, qu'il fut pris d'une maladie thoracique de laquelle il périt un mois après; les symptômes de paralysie continuèrent à un très-haut degré jusqu'à la fin, spécialement dans le bras droit et dans les organes de la parole qui resta très-imparfaite. Je vis le malade peu de jours avant sa mort, avec le docteur Alison, à qui je dois la relation des accidents antérieurs.

On trouva à la dissection du cadavre, dans la substance de l'hémisphère gauche, à la partie externe du ventricule

latéral, un kyste d'environ un pouce et demi de long sur un pouce de largeur. Ce kyste était entièrement vide et formé par une membrane jaunâtre tout-à-fait semblable à celle qui a été décrite dans l'observation précédente.

Obs. CXXIV. Une dame d'environ cinquante ans fut frappée d'hémiplégie en avril 1817; après une stupeur qui se prolongea pendant plusieurs jours, elle se rétablit graduellement, conservant sa paralysie du côté droit et la parole fort embarrassée. Je ne la vis que plusieurs mois après cette attaque; sa santé générale était alors assez bonne, mais elle n'avait éprouvé que bien peu d'amélioration dans les mouvements des membres; elle parvenait à traîner un peu sa jambe en avant, le bras était tout-à-fait immobile; quant aux doigts de la main paralysée, ils étaient courbés en dedans, et ne pouvaient être redressés qu'avec une certaine force. Il n'y eut presque plus d'amélioration; dans le courant de 1818, la jambe gagna quelque mouvement, et la malade put, en se soutenant sur un bâton, faire quelques pas; la prononciation des mots devint aussi un peu plus distincte. Quant au bras, il resta complètement paralysé. Cette dame vécut dans cet état sans aucun changement jusqu'au mois d'août 1819, qu'elle commença à se plaindre d'étouffement, et qu'elle périt subitement dans un accès de dyspnée.

Ouverture du cadavre. — Les ventricules du cerveau contenaient plusieurs onces de liquide. Il n'y avait aucun doute, pour tous ceux qui étaient présents à l'autopsie du cadavre, que la cavité du ventricule gauche était beaucoup plus grande que celle du droit. Au côté externe du ventricule gauche se trouvait un kyste semblable à ceux que nous avons décrits dans les observations précédentes. Ce kyste était séparé de la cavité du ventricule par une couche de substance cérébrale saine, d'environ un quart de pouce d'épaisseur. Ce

kyste avait longitudinalement près de trois pouces, et autant ou même plus en largeur. Il se terminait en bas en un angle qui correspondait à la petite extrémité du lobe moyen qui repose sur l'angle de l'os sphénoïde, derrière l'apophyse clinoïde. La cavité du kyste en ce point s'étendait presque à un quart de pouce de la surface du cerveau. Cette cavité considérable était entièrement vide; elle était revêtue par une belle membrane jaune; des lames de la même structure divisaient cette cavité en plusieurs points, et réunissaient ainsi les surfaces opposées. Dans d'autres points, ces surfaces, quoique en contact, étaient tout-à-fait sans adhérence. Cette membrane existait sur toute l'étendue des parois de cette cavité; elle se reconnaissait partout, même sur l'extrémité anguleuse déjà mentionnée : le cerveau était du reste parfaitement sain; il y avait un épanchement considérable dans la plèvre, et une grande quantité de mucosité puriforme dans les canaux bronchiques.

B. *Le Kyste est trouvé vide. — Le malade périt par une nouvelle attaque.*

Obs. CXXV. Une femme de quarante ans fut prise, le matin du 10 avril 1821, d'une violente céphalalgie, et eut des vomissements. Bientôt après, elle fut atteinte d'une paralysie complète du côté droit, avec perte de la faculté d'articuler les mots, et un degré considérable de coma. Le traitement ordinaire améliora beaucoup son état; au bout de huit à dix jours elle était tout-à-fait bien; elle n'éprouvait qu'un léger degré de faiblesse par instants dans le côté qui avait été affecté : elle exprimait cette faiblesse en disant que ce côté n'était pas comme l'autre; elle continua à jouir d'une bonne santé jusqu'au mois d'août 1822, qu'elle eut une nouvelle attaque, dans laquelle le côté droit fut de nouveau affecté. Elle se rétablit rapidement des effets immé-

diats de cette attaque; mais la jambe et le bras restèrent long-temps très-faibles : elle ne pouvait prononcer distinctement les mots, et elle avait une confusion considérable dans les idées. Pendant tout l'hiver suivant, elle ne put se livrer que très-peu au mouvement. Sa santé s'améliora considérablement dans l'été de 1823, au point qu'elle pouvait marcher, pendant un temps assez long, appuyée sur le bras d'une autre personne. La prononciation devint plus distincte, et ses facultés s'améliorèrent beaucoup. Elle conservait cependant des traces de son attaque; elle traînait encore légèrement la jambe en marchant, et elle avait moins d'empire sur les mouvements de la main droite que sur ceux de la gauche. Elle resta dans cet état, et jouissant d'ailleurs d'une assez bonne santé, jusqu'au mois de décembre 1824, qu'elle fut prise subitement, étant assise à déjeûner, d'une paralysie du côté gauche, et de la déviation de la bouche. Immédiatement après, elle tomba dans le coma, avec perte de la faculté d'avaler; elle périt le quatrième jour de cet accident.

Ouverture du cadavre. — Un caillot de sang, du volume d'un œuf de pigeon, occupait la partie antérieure de l'hémisphère droit du cerveau. Il était situé à l'extérieur du ventricule, et en était très-rapproché; mais il ne communiquait cependant pas avec cette cavité. Au lieu correspondant, dans l'hémisphère gauche, se trouvait aussi un kyste qui se dirigeait obliquement en arrière à l'extérieur du ventricule, et qui en était tout-à-fait distinct. Ce kyste avait près d'un pouce et demi de long sur environ un pouce de largeur. Il était tout-à-fait vide, et il était revêtu par une membrane molle, jaunâtre.

Cette dame était aussi affectée d'une maladie considérable de l'ovaire, pour laquelle je l'avais visitée plusieurs fois avec le docteur Beilby, tant avant ses attaques de paralysie que dans leurs intervalles.

C. *Deux kystes vides. — Le coagulum trouvé absorbé en partie dans un troisième. — La mort est arrivée par une attaque récente.*

Obs. CXXVI. A la fin de novembre 1822, un homme de cinquante-six ans fut frappé d'hémiplégie du côté droit, avec perte de la parole. Il se rétablit par le traitement ordinaire. Au bout de quinze jours il était revenu à son état de santé habituel; il ne lui restait qu'un certain degré d'engourdissement dans les membres affectés. Il ne s'en plaignit néanmoins pas; il reprit ses occupations habituelles de surveillant d'une tabagie, et sa manière ordinaire de vivre, qui consistait à manger et à boire sans mesure. Il continua à aller ainsi jusqu'à la fin de février 1823, qu'il fut trouvé un après-midi dans sa chambre, couché, dans un état d'apoplexie parfait : il mourut en trente-six heures.

Ouverture du cadavre. — Le ventricule gauche du cerveau contenait de la sérosité sanguinolente avec du sang coagulé qui paraissait s'être échappé d'une cavité creusée dans la substance de l'hémisphère, à la partie externe du ventricule. Cette cavité contenait un caillot du volume d'un œuf de pigeon, et communiquait avec le ventricule par une petite déchirure inégale. La substance cérébrale environnante était en quelques points considérablement ramollie. Derrière cette cavité, mais séparée d'elle par de la substance cérébrale saine, se trouvait une autre cavité plus petite, qui était située à la partie postérieure de la couche optique gauche. Cette cavité contenait une petite quantité de sang grumeleux, d'une couleur très-noire, insuffisante pour remplir ce foyer, dont une grande partie était affaissée. Au côté exactement opposé, dans la partie postérieure de la couche optique droite, existait une autre cavité qui pouvait contenir une petite fève de haricot; elle était tout-à-fait vide, mais elle était revêtue par une membrane jaune solide,

quoique molle. En continuant la dissection du cerveau, une quatrième cavité se trouva dans la substance de la moelle allongée, ou plutôt au-dessous du pont de Varole. Cette cavité pouvait contenir une très-petite fève de haricot; elle était vide comme l'autre, et revêtue par une semblable membrane.

Les recherches ultérieures que je fis sur la santé de cet homme m'apprirent qu'il avait eu deux attaques avant la première dont j'ai parlé; l'une dix-huit mois avant sa mort, et l'autre à une époque antérieure. Ces deux attaques furent, dit-on, fort légères, et ne produisirent qu'un engourdissement dans les bras, qui dura quelques heures. Je n'ai pu obtenir des renseignements plus précis.

D. *Kyste à la surface du cerveau.*

Obs. CXXVII. Un homme de soixante-quatorze ans eut, au mois d'avril 1823, une attaque d'apoplexie, qui le prit subitement dans la soirée. Il tomba privé de mouvement et de sensibilité : revenu en partie à lui, on le trouva sans paralysie, excepté que sa prononciation était devenue inintelligible. Il tomba alors dans une grande stupeur qui touchait au coma. Il manifestait par instant beaucoup d'agitation et d'impatience dans les vains efforts qu'il faisait pour se faire comprendre. Après une saignée large et réitérée, et plusieurs autres remèdes ordinaires, il se rétablit graduellement, si bien, qu'au bout de six ou sept semaines il pouvait marcher, et qu'il était dans un état général de bonne santé; mais la prononciation était toujours très-gênée, et les idées très-confuses; il savait évidemment ce qu'il voulait exprimer dans la conversation, mais il ne pouvait devenir intelligible pour les autres. Il disait un mot pour un autre; il désignait un objet pour un autre, souvent d'une manière très-plaisante. Il ne pouvait nommer les personnes, quoiqu'il les reconnût évidemment; il arriva une fois, pendant qu'il mar-

ehait dans la rue avec un ami, eomme il s'efforçait de lui dire une ehose qui coneernait une personne dont il ne pouvait trouver le nom, qu'il entraîna son ami à la porte de la maison de eette personne, et lui montra son nom qui s'y trouvait éerit. Il resta dans eet état tout l'été, l'hiver suivant et une grande partie de l'été qui vint ensuite. Il était d'une bonne santé générale, mais son esprit était troublé; ses idées étaient toujours eonfuses, et ses paroles inartieulées. Il lui était impossible de lire et de s'exprimer d'une manière intelligible sur aueun sujet, excepté pour eeux qui, vivant eonstamment avee lui, avaient aequis l'habitude de le comprendre à ses moyens ordinaires d'expression. A la fin de l'été 1824, il eommença à présenter des aeeidents thoraciques, auxquels il sueeomba le 19 déeembre. Le jour de sa mort, son esprit fut plus lucide qu'il n'avait été à aucune époque depuis son attaque.

On trouva à l'ouverture de son eadavre une quantité insolite de fluide sous l'araehnoïde; on en recueillit au moins huit onces. Lorsqu'il fut éeoulé, le eerveau parut affaissé d'une manière remarquable; l'araehnoïde et la pie-mère étaient eonsidérablement épaissies. On reeonnut ensuite une matière jaune, ferme, oecupant le côté externe de l'hémisphère gauche, et s'étendant environ trois pouees d'avant en arrière en hauteur. Cette substanee eorrespondait à environ la moitié inférieure de l'hémisphère. A un examen attentif on reeonnut que cette substanee était un kyste affaissé, existant entre l'araehnoïde et la dure-mère, en partie enveloppé par l'arachnoïde. La texture de ce kyste ressemblait exaetement à eelle de la membrane qui se forme sur les parois des foyers dans la substanee du cerveau. On ne pouvait guère douter que cette partie n'eût été le siége d'une extravasation qui avait été absorbée. Les artères du cerveau étaient ossifiées dans une grande étendue, et la substance de cet organe était saine. Il y avait un épanche-

ment considérable dans le thorax, avec un élargissement du cœur et une maladie des valvules.

On s'est efforcé, dans des cas de cette espèce, d'établir un rapport entre le siége de la maladie et les organes qui sont particulièrement affectés. Ces efforts ne paraissent pas avoir été suivis de beaucoup de succès. M. Serres a établi que le bras est particulièrement affecté lorsque l'extravasation est à la partie postérieure de l'hémisphère, et la jambe lorsqu'elle est dans la partie antérieure ou dans le corps strié. M. Bouillaud a essayé de prouver que la parole est affectée lorsque la maladie a son siége à la partie antérieure du cerveau. M. Cruveilhier a réfuté ces allégations dans un mémoire dans lequel il a décrit plusieurs cas dans lesquels la perte de la parole a été le symptôme prédominant, quoique la maladie n'eût pas son siége à la partie antérieure du cerveau, mais dans quelqu'autre partie de cet organe, comme dans les lobes moyens, et même dans le cervelet. Dans un de ces cas, un homme fut frappé d'une attaque, avec paralysie du côté gauche et dérangement dans la prononciation des mots. Il se rétablit après quelques mois, mais il conserva un certain embarras dans la déglutition. Au bout de huit ans il fut frappé de paralysie du côté droit et de difficulté d'avaler, et il mourut en dix jours. Un caillot de sang, du volume d'une noix, entouré d'un ramollissement, était dans le lobe moyen de l'hémisphère gauche. Dans le lobe gauche du cervelet se trouvait un kyste, d'un demi-pouce de diamètre, revêtu d'une membrane organisée, et contenant une petite quantité de sérosité limpide. Parmi les autres faits rapportés par ce médecin, il s'en trouve encore un bien remarquable : il a pour sujet un homme de quarante-huit ans, qui fut d'abord attaqué de perte de la parole et de distorsion de la bouche : ces symptômes continuèrent. Au bout

de six mois, cet homme fut pris d'une paralysie du côté droit; il se rétablit, mais sa parole resta fort gênée. Deux ans après, il eut une succession d'attaques dans lesquelles la jambe droite fut d'abord affectée : ce fut ensuite la jambe gauche; l'embarras de la parole augmentait à chaque attaque. Enfin il survint, après une autre année, une attaque funeste, avec perte de la parole et de la faculté d'avaler, et quelques vomissements. Dans l'hémisphère gauche se trouvaient trois kystes voisins de la surface de l'organe; l'hémisphère droit contenait aussi deux kystes dans le corps strié, et deux dans la couche optique. Une cavité remplie de sang récemment épanché, non coagulé, se trouvait dans la protubérance annulaire. Dans une des observations recueillies par le docteur Cheyne, il y avait trois épanchements distincts; un dans la substance de chaque corps strié, et le troisième dans les troisième et quatrième ventricules. Les symptômes avaient été apoplectiques, avec quelques convulsions, et au bout d'un certain temps, une paralysie. Dans une autre observation de ce médecin, l'épanchement s'était fait dans la substance du pont de Varole, d'où il s'était frayé un chemin dans le quatrième ventricule; les symptômes avaient été une céphalalgie intense, suivie d'une apoplexie complète sans paralysie. Dans un cas que raconte un de mes amis, il y avait un caillot sphérique, du volume d'une balle de mousquet, dans le canal qui va au quatrième ventricule. Les symptômes avaient consisté en une paralysie du bras gauche, suivie, au bout de peu de minutes, d'une apoplexie qui fut mortelle en quelques heures. Dans un fait rapporté par M. Howship, l'épanchement était distribué dans la substance de la moelle allongée, de telle manière qu'il formait plusieurs couches minces, alternant avec des couches de matière cérébrale. Dans ce cas il y avait eu une attaque subite d'apoplexie complète, qui avait été fatale en deux jours. Le docteur Duncan,

dans ses *Observations cliniques*, a rapporté un fait remarquable de cette espèce.

La paraplégie arrive rarement dans les cas de ce genre, au point qu'on a même révoqué en doute si jamais elle était la suite d'une maladie du cerveau [1]. M. Serres a rapporté un cas de paraplégie, avec paralysie du bras gauche, lié à un épanchement de sang sous l'hémisphère droit du cervelet. La même lésion est arrivée dans le fait dont j'ai déja parlé d'après le docteur Cheyne, par suite d'un épanchement dans les troisième et quatrième ventricules. Dans un fait de ce genre, rapporté par Boerhaave, la paraplégie précéda l'apoplexie, et était l'effet de l'extravasation du sang sous le cervelet et autour de l'extrémité supérieure de la moelle épinière. Il faut cependant remarquer que, dans aucun de ces cas, le canal rachidien ne paraît avoir été examiné, en sorte qu'il n'est peut-être pas permis d'en tirer de conclusion. Ce sujet demande de nouvelles recherches [2].

[1] *Voyez* un Mémoire très-bien fait de mon ami le docteur Burdel, dans le *Medical and Physical Journal* de juin 1827.

[2] M. Abercrombie aurait pu ajouter, pour justifier la nécessité de se livrer à des recherches nouvelles sur les rapports que peuvent avoir des paralysies de parties déterminées avec le siége de l'affection cérébrale, que les faits présentés à l'appui de toutes les opinions absolues sur ce point, ne prouvent absolument rien, parce qu'ils sont contradictoires entre eux, et qu'ils peuvent être tous démentis par d'autres faits observés sans idée première. Ils sont contradictoires entre eux, puisque, tandis que l'un présente la paralysie du bras comme liée à l'affection du corps strié, l'autre rapporte la paralysie de la jambe à la même affection, et un troisième soutient que ni l'une ni l'autre de ces paralysies n'est l'effet d'une affection de cette partie; tous, cependant, citent des faits qui semblent probants, lorsqu'ils ne sont pas soumis à une trop sévère analyse, de laquelle tous ceux qui ont, jusqu'à présent, traité cette question ne sont pas en général occupés. Ces faits, d'ailleurs, sont contradictoires avec d'autres; je n'en donnerai pour preuve que l'observation que j'ai consignée dans une des notes précédentes (p. 372), où l'on voit une paralysie long-temps prolongée du bras et de la jambe, liée à une affection cérébelleuse légère, ou plutôt indépendante de toute affection cérébrale qui la motive, et surtout indépendante de toute lésion de la couche optique ou des corps striés.

[1] [Je terminerai cette partie de mon ouvrage, en rapportant le fait suivant, dans lequel cette maladie a présenté une circonstance remarquable ; savoir : une perte de substance du cerveau d'une grande étendue, au lieu que l'extravasation de sang avait probablement occupé.

Pour montrer toute la difficulté des recherches sur ce sujet, et le peu de valeur des faits publiés pour l'éclairer, il suffit de faire observer que l'action des épanchements sanguins dans le cerveau est toujours très-complexe, et qu'ainsi il est impossible de rapporter un symptôme à une action morbide simple, circonscrite dans ses effets locaux. Si, en effet, on prend l'hémorrhagie cérébrale à son début ou près de son début, on a, outre les effets de l'épanchement qui se fait dans un point du cerveau, ceux de la congestion encéphalique, qui n'est pas toujours étendue à tout l'organe, et dont les limites ne sont pas appréciables, et qui seule produit quelquefois la paralysie, comme on le voit à la facilité avec laquelle cette lésion vient et disparaît après des attaques d'apoplexie, dont les effets seraient bien plus persistants si une simple congestion n'en était pas la cause. La congestion cérébrale a elle-même un effet qui est distinct de l'effet direct de l'épanchement; si elle se prolonge, elle est suivie d'une augmentation de l'hexhalation séreuse qui se fait incessamment dans les cavités cérébrales. Mais cet épanchement lui-même, ses effets immédiats ne sont pas simples ; s'il a un certain volume, sa présence gêne les parties voisines au milieu desquelles il n'existe cependant pas. Croit-on, par exemple, que le corps strié ne soit pas comprimé par un épanchement d'un certain volume dans la couche optique, ou la couche optique par un épanchement dans le corps strié? et lorsqu'on voit des épanchements, sans être volumineux, déplisser les circonvolutions cérébrales qui correspondent au lieu qu'ils occupent dans le cerveau, peut-on raisonnablement limiter l'action de ces épanchements à la partie au milieu de laquelle ils siégent? L'épanchement existant, quel que soit son volume, est la cause occasionelle de dérangements qui ont aussi une influence évidente sur ces symptômes, et rendent aussi les effets du mal très-complexes. Il s'établit une phlegmasie autour de cet épanchement; cette inflammation est plus ou moins limitée ; elle entretient une fluxion, et par suite une congestion cérébrale qui modifie aussi l'exhalation séreuse qui se fait dans la cavité cérébrale.

Toutes ces circonstances, la plupart des auteurs qui ont voulu rattacher les symptômes de paralysie de certaines parties à la lésion de parties déterminées du cerveau, n'en ont tenu aucun compte ; pour eux, toute la maladie a existé circonscrite et comme isolée au milieu de l'organe où s'est produit l'épanchement. A. N. G., *trad.*

[1] Tout ce qui est compris entre les [ ] nous a été adressé en manuscrit par M. Abercrombie. A. N. G., *trad.*

Obs. CXXVIII. Un homme de 64 ans eut, en 1824, une première attaque d'apoplexie, dont il se rétablit par le traitement ordinaire; il lui resta cependant de l'embarras dans la parole et de la paralysie dans le côté gauche. Quelques mois après, il eut une autre attaque; il en eut une troisième en 1825; cette dernière s'accompagna de mouvements convulsifs, et il resta dans le coma pendant trente-six heures. Il fut retenu à la chambre pendant quinze jours. De ce moment, jusqu'à l'époque de sa mort, en 1830, il eut une succession d'attaques d'apoplexie au nombre de douze environ. Après chaque attaque, il pouvait en général quitter la chambre au bout de quelques jours, mais sa parole restait chaque fois plus embarrassée, et la paralysie du côté gauche du corps avec distorsion de la bouche, devenait aussi plus prononcée. Il mourut en 1830, après huit ou dix jours de maladie, pendant lesquels il resta dans le coma complet avec perte entière de la parole, et paralysie complète du côté gauche.

Ouverture du cadavre. — A l'enlèvement de la dure-mère, on trouva une dépression remarquable à la surface de l'hémisphère droit. Cette dépression formait une cavité circonscrite qui pouvait contenir trois ou quatre onces de liquide. Un fluide séreux diaphane, remplissait cette cavité, et s'en échappa à l'incision de la dure-mère. La surface de cette dépression ne présentait rien qui différât de l'apparence ordinaire de la surface du cerveau, revêtue de la pie-mère et de l'arachnoïde; mais en ce point la dure-mère avait été séparée par le liquide qui remplissait la cavité. La dissection de la substance cérébrale, sous cette dépression, fit reconnaître que cette substance était plus dense que dans l'état normal. Immédiatement au-dessous de la dépression, on trouva, dans l'hémisphère cérébral, une cavité qui présentait l'apparence ordinaire d'un kyste affaissé, dans lequel avait existé une extravasation de sang. Cette cavité avait environ un pouce et demi de diamètre; elle était

revêtue par une membrane jaune, et, dans une partie de son étendue, elle était oblitérée par suite de l'occlusion de ses surfaces opposées. L'hémisphère droit contenait encore plusieurs petits kystes, mais ils étaient presque tous vides. On ne put découvrir aucune trace de désordre qui pût rendre compte de la dernière attaque terminée par la mort.]

§. III. *Paralysies avec ramollissement du cerveau.*

J'ai exprimé dans la première partie de cet ouvrage l'opinion que le ramollissement de la substance cérébrale est analogue à la gangrène des autres parties du corps, et, de même que la gangrène, peut survenir par deux causes différentes, savoir : l'action inflammatoire et la suspension de la circulation par maladie des artères. Le ramollissement inflammatoire me paraît tenir une grande place parmi les maladies aiguës du cerveau qui surviennent dans l'enfance, et qui s'accompagnent de symptômes aigus. J'ai exprimé les raisons qui me font considérer cette affection comme distincte, sous différents rapports, du ramollissement décrit avec tant de soin par les pathologistes français, et particulièrement par M. Rostan. Cette dernière affection semble être une maladie des vieillards. Les faits rapportés par M. Rostan ont été recueillis particulièrement sur des personnes de soixante-dix à quatre-vingts ans et au-delà. Ce ramollissement est accompagné de symptômes de paralysie et de coma, et est fréquemment compliqué d'extravasation de sang. J'ai déjà fait allusion à l'affection du système artériel du cerveau, si fréquente et si étendue dans l'âge avancé, ce qui rend très-probable cette conjecture, que telle est dans ces cas la cause du ramollissement. Cette affection des artères consiste dans une ossification avec épaississement et contraction des parois vasculaires, fréquemment dans une grande étendue, et quelquefois avec séparation de la membrane interne. Le ramol-

lissement correspond précisément avec cet état des artères par lequel nous savons que la gangrène est produite dans d'autres parties du corps, et particulièrement dans les jambes et les pieds des vieillards. C'est ainsi que j'ai décrit dans un journal [1] une observation remarquable sur un cas dans lequel la séparation de la membrane interne de l'artère iliaque produisit une gangrène de toute l'extrémité, qui fut mortelle en quatre jours.

Les symptômes de ce ramollissement ne semblent pas différer d'une manière notable de ceux qui se montrent dans les autres cas de paralysie. L'attaque est fréquemment précédée par quelques-uns des symptômes ordinaires qui indiquent une tendance à une maladie du cerveau : la céphalalgie, des vertiges, des dérangements partiels de la mémoire, et de l'engourdissement ou des fourmillements dans quelques-uns des membres. Au bout de quelque temps, subitement ou graduellement, se manifeste la perte de mouvement d'un ou de plusieurs membres, avec embarras de la parole, mais sans dérangement de l'intelligence. Le malade est ensuite confiné au lit, perclus de ses membres, et dans l'état d'oppression des forces, avec plus ou moins de paralysie, mais avec un certain degré d'intelligence. La mort arrive après un temps variable, soit par un affaissement graduel, soit par un coma de quelques jours, ou quelquefois avec des symptômes de fièvre lente. Fréquemment les symptômes paraissent marcher avec plus de lenteur que dans les cas qui sont la suite d'épanchement; c'est d'abord un organe comme la langue qui est affecté, et ensuite, au bout d'un certain temps, un ou plusieurs membres; ces membres affectés sont aussi fréquemment le siége de douleurs; la contraction avec roideur de ces membres est un symptôme sur lequel on a aussi beaucoup insisté comme signe caractéristique du ramollisse-

1 *Edim. Med. Journal*, vol. xvi, p. 308.

ment. Cette contracture n'est cependant point un symptôme constant, car elle manque fréquemment tout-à-fait, et lorsqu'elle existe dans la première période de la maladie, elle disparaît souvent pendant son cours; dans quelques-uns des cas rapportés par M. Rostan, après avoir quitté les membres du côté paralysé, la contracture s'est manifestée dans ceux du côté opposé. Ce symptôme s'observe d'ailleurs dans des cas tout-à-fait d'une autre nature, comme dans certaines fièvres qui se terminent favorablement. Les convulsions des membres sont aussi parfois réunies à la contracture.

Les malades ont fréquemment, dans la première période, toute leur intelligence, et comprennent tout ce qui se passe autour d'eux, quoiqu'ils ne puissent parler ou qu'ils ne le puissent qu'imparfaitement. A mesure que la maladie fait des progrès le malade devient souvent plus accablé et comme assoupi, mais lorsqu'il est éveillé il a toute son intelligence; il n'est pas dans le coma complet jusqu'à la dernière période, et quelquefois même il n'y est jamais entièrement; dans d'autres cas le coma se manifeste à un haut degré dès le début de la maladie, mais il disparaît après le premier jour; le malade reprend toute son intelligence, et présente même les apparences du rétablissement, que l'on reconnaît ensuite n'avoir été qu'un indice trompeur. Chez quelques malades, la sensibilité des membres affectés est affaiblie; chez d'autres, elle n'est que peu affectée, et enfin, quelquefois, ces membres sont le siége de douleurs aiguës.

Le ramollissement est d'étendue variable, le plus ordinairement il est situé aux parties les plus externes du cerveau près de sa surface; mais il est quelquefois dans des points plus profonds de cet organe, particulièrement dans le corps strié. Il arrive aussi qu'on rencontre un petit caillot de sang au milieu de la partie ramollie, et que d'autres

fois on reconnaît que le ramollissement s'est formé autour du kyste, qui s'est organisé après un ancien épanchement de sang.

Je n'ai pas vu beaucoup de ces ramollissements à l'état de simplicité; mais ils semblent être très-fréquemment observés dans les hôpitaux de France. Les deux faits suivants en sont les deux exemples les plus remarquables que je trouve dans mes notes. Le deuxième pourrait être considéré comme ayant quelque rapport avec les affections inflammatoires; il faut convenir aussi que, dans quelques-unes des observations de M. Rostan, les traces d'inflammation ont été évidentes.

Obs. CXXIX. Un homme de cinquante-huit ans, d'une complexion replète et forte, perdit la parole le 7 mars 1817, vers neuf heures du matin, sans avoir éprouvé auparavant aucun accident; je le vis vers dix heures et demie, et je le trouvai marchant dans sa chambre; il avait le complet usage de ses membres; il comprenait ce qu'on lui disait, et il répondait par signes; il pouvait facilement sortir sa langue de sa bouche, mais il ne pouvait articuler un seul mot. Il niait qu'il éprouvât aucune gêne dans la tête, son pouls était naturel, et d'une bonne force, et sa face était injectée. Les moyens ordinaires furent employés pendant tout le jour sans amener aucun changement dans les accidents. Le 8 au matin, il fut trouvé avec une hémiplégie complète du côté droit; lorsque la langue était sortie de la bouche, elle s'inclinait aussi de ce côté; l'intelligence était entière, mais le malade ne faisait aucun effort pour parler.

Il resta pendant un mois sans éprouver aucun changement dans son état. Il dormait bien pendant la nuit; le jour, il avait toutes ses facultés intellectuelles, et il répondait par signes aux questions qu'on lui adressait; mais il continuait à être entièrement privé de la parole. Pen-

dant quelque temps sa langue, lorsqu'il la sortait de la bouche, était inclinée du côté droit; mais elle devint ensuite tout-à-fait droite. Il prenait ses aliments ordinaires, et il paraissait n'avoir aucune douleur; le pouls était naturel, et le côté droit restait complétement paralysé.

Vers le 10 de mai il commença à éprouver une violente douleur dans les membres paralysés. Il ne pouvait souffrir, sans pousser des cris, qu'on leur imprimât le plus léger mouvement. Ces membres ne présentaient aucun changement qui pût motiver cette douleur. Au bout de quinze jours, les douleurs devinrent constantes, les forces diminuèrent, et il perdit l'appétit. Il survint alors des vomissements modérés; le pouls s'affaiblit et les traits s'affaissèrent. Il mourut à la fin de mai, à la suite d'une faiblesse progressive, sans aucun coma. Il n'y avait eu aucun retour de la parole, ni du mouvement des membres du côté droit.

A l'ouverture de la tête, on remarqua sur la partie supérieure de l'hémisphère gauche du cerveau une dépression d'environ deux pouces de longueur sur un peu moins en largeur. La dure-mère descendait dans cette dépression jusqu'à une profondeur d'environ un demi-pouce. A l'enlèvement de la dure-mère la substance du cerveau en ce point parut affaissée, molle et pulpeuse dans une grande étendue, et cette altération s'étendait sur presque toute la surface extérieure de l'hémisphère gauche. En suivant cette masse, ramollie en arrière, on trouva qu'elle se terminait par un caillot de sang qui n'excédait pas en volume celui d'une petite fève. Ce caillot était mou comme du sang récent, et était situé à environ deux pouces de la surface postérieure de l'hémisphère, presque au niveau de la partie horizontale du ventricule latéral. Il n'y avait point d'épanchement dans le ventricule.

Obs. CXXX. Un homme de soixante ans, assez maigre

et d'une faible constitution, se plaignait, depuis environ deux mois, d'une douleur fréquente dans le côté droit de la tête, et parfois d'une sensation d'engourdissement dans le bras gauche. Ces accidents augmentèrent à la fin de septembre 1818; la bouche se dévia; la vision de l'œil gauche s'obscurcit, et la main gauche devint légèrement engourdie. Après une saignée et l'emploi des autres moyens ordinaires, il se trouva beaucoup soulagé, et retourna à ses occupations ordinaires. Une semaine environ s'était écoulée lorsqu'il fut pris subitement d'une paralysie du côté gauche, et de gêne dans la parole, qui devint inarticulée : ses facultés intellectuelles restèrent entières, mais le malade semblait souffrir de la tête, quoique à un degré modéré. La bouche était tirée du côté gauche. On eut inutilement recours aux moyens ordinaires; cet homme resta dans l'état de paralysie le plus complet, étant incapable de se retourner de dessus le dos, mais conservant son intelligence et pouvant exprimer tout ce qu'il ressentait. Son pouls était naturel; cet état persista pendant un mois sans aucun changement dans les symptômes, excepté que le malade devint capable d'imprimer de légers mouvements à la jambe paralytique pendant la semaine qui précéda sa mort. Ce léger retour des mouvements ne dura que trois à quatre jours. Deux jours avant la fin de sa vie, il fut subitement pris d'une perte complète de la parole, et, au bout de quelques heures, de coma, dont il ne sortit plus.

La pie-mère, à la partie supérieure des deux hémisphères, semblait épaissie, et était injectée d'une manière remarquable. Les deux ventricules latéraux étaient distendus par du fluide. La substance cérébrale était saine, excepté à la partie externe de l'hémisphère droit, où se trouvait une portion considérable du cerveau dans un état de ramollissement complet. Il y avait un épanchement considérable sous l'arachnoïde.

§. IV. *Paralysie suite d'inflammation cérébrale; ses conséquences.*

Il nous suffira, pour compléter le tableau général des causes de la paralysie, de mentionner celle qui résulte d'une inflammation cérébrale. Nous en avons déjà traité avec une certaine étendue dans la première partie de cet ouvrage; nous y avons montré que la paralysie manifestée avec une rapidité aussi grande que celle qui se remarque dans les épanchements cérébraux, peut être le résultat, soit d'une simple inflammation de la substance du cerveau, soit de l'inflammation passant au ramollissement, soit de la présence d'abcès enkystés. Nous y avons ainsi établi que cette paralysie vient d'une manière graduelle, par suite d'une inflammation très-lente de la substance cérébrale, qui semble se terminer par induration de la partie affectée. Je n'ajouterai ici qu'un seul exemple de cette forme de la maladie.

Obs. CXXXI. Un homme âgé d'environ soixante ans, que j'ai vu avec M. William Brown, était, depuis quatre ans, affecté de paralysie du côté droit, et d'un embarras de la parole. Il périt graduellement épuisé par la dyspnée et par une hydropisie générale dépendant d'une maladie du cœur, sans aucun changement dans les symptômes de paralysie.

Ouverture du cadavre. Nous trouvâmes à la partie antérieure de l'hémisphère gauche une partie de la substance cérébrale, du volume d'une grosse noix, d'une couleur brune jaunâtre. Cette partie du tissu du cerveau était plus dense que ce tissu à l'état sain, excepté à sa partie inférieure, où elle était molle et approchant de la suppuration.

C'est surtout dans les cas où la mort arrive par des maladies différentes de la lésion cérébrale, que l'on trouve le

tissu du cerveau malade dans cet état d'induration simple. Lorsque c'est la maladie de l'encéphale qui devient fatale, le tissu cérébral affecté se trouve en général passé en partie à l'état de suppuration ou de ramollissement. On a publié des faits de cette espèce.

La paralysie présente en général plusieurs circonstances importantes qui peuvent être brièvement rapportées. Dans quelques cas, il y a perte du mouvement, sans perte de sensibilité, et dans d'autres la sensibilité et le mouvement sont suspendus en même temps. On a aussi recueilli des faits dans lesquels la sensibilité était perdue et le mouvement conservé. On en trouve plusieurs dans les *Mémoires de l'Académie royale des Sciences*. Le plus remarquable est celui d'un soldat très-robuste, et qui remplissait tous les devoirs de son état, qui perdit si complétement la sensibilité du bras et de la jambe droite, qu'on pouvait couper ces parties ou les brûler avec des charbons ardents, sans qu'il en résultât aucune douleur. Il y est en même temps question aussi d'un homme qui avait le bras droit dans le même état [1]. M. Broughton a publié, en 1827, plusieurs exemples de semblables affections [2]. Chez le sujet d'une observation rapportée dans les *Ephémérides des curieux de la nature*, le mouvement était perdu d'un côté, et la sensibilité était éteinte de l'autre, sans aucune diminution du mouvement [3]. Le docteur Hay, d'Edimbourg, a donné des soins à un homme qui eut deux attaques de paralysie, à huit mois l'une de l'autre. Dans la première, il y eut une perte complète de la sensibilité, avec une perte incomplète du mouvement; et, dans la seconde, une perte complète du mouvement, avec une perte incomplète de la sensibilité. Cet

1 *Mémoires de l'Académie royale des Sciences pour l'an* 1748.
2 *Medical and physical journal*, 1827.
3 *Eph. nat. curi.* Cent. II. obs. 196.

homme se rétablit parfaitement de sa première attaque, et dans un temps très court; mais le rétablissement de la deuxième fut imparfait; le malade continua à traîner la jambe, et périt d'apoplexie au bout d'un an. Il est inutile de reproduire à nos lecteurs, qui sont au courant de la science, toutes les lumières que les découvertes de M. Charles Bell ont jetées sur ce point curieux de pathologie.

Dans les cas où la sensibilité et le mouvement ont été perdus en même temps, on voit souvent la sensibilité se rétablir sans retour du mouvement. Cependant Berdot a rapporté un fait dans lequel le mouvement se rétablit et la sensibilité resta suspendue [1]. Borsieri a observé un cas semblable [2].

On a aussi trouvé dans les membres paralysés une augmentation de sensibilité, et j'ai rapporté un fait dans lequel il existait, avec une maladie du cerveau, une telle exaltation de sensibilité du bras, que le moindre souffle de l'air frais excitait des convulsions. Le docteur Falconer a consigné dans les *Mémoires de la Société médicale de Londres* le cas d'un homme qui, après une attaque de paralysie, eut une telle altération de la sensibilité, que les corps froids agissaient sur lui comme s'ils eussent été excessivement chauds. Lorsqu'il mit pour la première fois ses souliers, il les sentit très-chauds, et comme ils acquéraient graduellement la température de ses pieds, ils lui parurent ensuite très-froids.

Les membres paralysés deviennent quelquefois excessivement douloureux sans aucune cause occasionelle. On en a donné des exemples, et j'ai aussi rapporté un cas dans lequel la cessation de la paralysie fut accompagnée de telles douleurs qu'elles privèrent le malade de l'usage du membre.

Lorsque les membres paralysés reprennent le mouve-

[1] *Act. Helvet.* t. VI, p. 191.
[2] *Instit. med. pract.* t. III, p. 76.

ment, le rétablissement commence quelquefois à leur extrémité, comme les doigts et les orteils, et s'étend graduellement vers le tronc : quelquefois cependant le rétablissement commence dans la partie la plus voisine du corps, et s'étend graduellement vers l'extrémité. On observe la même variété dans la marche de la manifestation de la paralysie, lorsqu'elle arrive assez lentement pour qu'on puisse observer ses progrès. La maladie semble en général commencer aux extrémités des membres. J'ai cependant vu un malade qui pouvait écrire distinctement lorsque son bras était supporté sur une table, à cause de la paralysie qui s'étendait de l'épaule au coude; quelques heures après, la main devint paralytique. M. Velpeau a rapporté une observation recueillie à l'hôpital de Tours, sur un soldat qui avait une paralysie complète du bras droit, depuis l'épaule jusqu'au milieu de l'avant-bras, tandis que sa main n'était pas même le plus légèrement affectée. Cet homme se rétablit en trois mois [1].

Relativement à la température des membres paralysés, je crois qu'on suppose généralement qu'elle est moins élevée que celle des membres sains. Ainsi présenté, ce fait ne me paraît pas donner une idée exacte de ce qui arrive. Les membres paralysés ont perdu jusqu'à un certain point cette propriété remarquable que possèdent les corps vivants dans l'état de santé, de se défendre de la température des milieux. Aussi, selon la température à laquelle elles sont exposées, les parties paralysées deviennent plus chaudes ou plus froides que les parties saines exposées dans le même milieu. Un de mes amis m'a rapporté qu'un médecin, visitant un paralytique, trouva le bras paralysé si chaud qu'il avait peine à le toucher. Cette chaleur provenait de l'application de son très-chaud que ce malade avait faite sur son

[1] *Archives générales de Médecine*, janvier 1825.

bras par l'avis d'un voisin; il était insensible au changement de température de son membre.

Les facultés intellectuelles présentent des phénomènes intéressants dans les affections paralytiques. Ces phénomènes persistent même après le rétablissement des apoplexies. Une des altérations les plus communes de ces facultés dans ces cas, est la perte de la mémoire des mots. Cette perte de mémoire ne porte quelquefois que sur des mots d'une espèce particulière, comme les noms, les verbes ou les adjectifs. Fréquemment le malade a une idée distincte des choses et de leurs rapports, de même que des personnes, et il ne peut absolument trouver leurs noms, ou même comprendre de qui l'on parle lorsqu'on lui désigne les choses par leurs noms. On m'a rapporté un cas de modification singulière de cette condition morbide. Un homme ne pouvait comprendre le nom d'un objet lorsqu'on le lui disait; mais si on lui présentait ce nom écrit il le comprenait immédiatement. Une autre modification fréquente de cet état morbide des facultés consiste à mettre un mot ou le nom d'un objet à la place d'un autre mot ou d'un autre nom. Une circonstance singulière encore dans des cas de cette espèce, est que le malade applique toujours les noms de la même manière, en sorte que ceux qui sont constamment avec lui arrivent à comprendre exactement ce qu'il veut dire. Un monsieur, dans un cas de ce genre, dont il était d'ailleurs bien rétabli, lorsqu'il voulait du charbon pour alimenter le feu, demandait toujours du papier, et lorsqu'il voulait du papier, il demandait du charbon; il attachait toujours à ces noms la même signification. D'autres fois, le malade semble faire des noms, et ses mots sont tout-à-fait inintelligibles pour les étrangers; mais comme il leur attache toujours le même sens, les personnes qui l'entourent arrivent à connaître la signification qu'il leur donne.

Il y a beaucoup d'obscurité sur les causes générales de la paralysie. Cette affection se trouve liée à une grande variété de conditions morbides du cerveau, et on trouve d'un autre côté toutes ces lésions encéphaliques sans paralysie. Nous n'entreprendrons pas d'expliquer tout ce qu'il y a là de difficile à concevoir; nous nous contenterons d'exposer les faits tels qu'ils existent dans l'état actuel de nos connaissances.

Nous avons trouvé la paralysie avec les différentes lésions morbides suivantes :

I. L'inflammation simple et récente de la substance cérébrale.

II. Cette inflammation passant à l'état de ramollissement.

III. Les abcès enkystés du cerveau.

IV. L'induration d'une portion de la substance cérébrale.

V. L'épanchement de sang dans les ventricules, à la surface du cerveau, ou dans des cavités ou kystes formés dans la substance du cerveau.

VI. Des kystes vides, dans la cavité desquels l'épanchement a disparu par absorption.

VII. L'épanchement séreux à la surface du cerveau.

VIII. Un état de maladie étendu des artères du cerveau.

A cette énumération des causes de la paralysie, nous pouvons joindre les suivantes, qui ne dérivent pas d'une manière aussi directe des observations précédentes.

IX. La perte d'une portion considérable de la substance du cerveau. Un des exemples les plus remarquables de cette espèce est celui rapporté par M. O'Halloran, qui l'a observé sur un homme qui, à la suite d'un coup à la tête, perdit la plus grande partie de l'os frontal du côté droit. L'os avait été complétement brisé; plusieurs fragments furent immé-

diatement extraits, et les autres se détachèrent un ou deux jours après. Il se forma ainsi une grande ouverture : une suppuration considérable s'établit, et il s'écoulait à chaque pansement une très-grande quantité de matière purulente, mêlée avec des parties considérables de la substance cérébrale. Il en résulta une horrible caverne creusée dans la substance cérébrale. Le huitième jour, la main et le bras gauches se paralysèrent; la cuisse et la jambe du même côté furent paralysées le dixième jour : cet homme vécut jusqu'au dix-septième jour, conservant ses facultés jusqu'à la fin : il eut tout son sens et son jugement pendant tout le cours de la maladie; son pouls resta toujours aussi sans altération. Il n'est rendu aucun compte de l'ouverture du cadavre et de l'étendue de la perte de substance qu'avait éprouvée le cerveau; mais ces termes mêmes du rapport, prouvent que cette perte de substance doit avoir été considérable. Le huitième jour, M. O'Halloran s'exprimait ainsi : « La plaie continue à suppurer très-abondamment, » au point que, en affirmant qu'il ne sort pas moins de trois » onces de la substance cérébrale à chaque épanchement, » en répandant une odeur horriblement fétide, je suis cer- » tain que je fixe une trop faible quantité ». Le treizième jour il disait : « La caverne était horrible; je craignais que » tout ce qui restait des lobes de l'hémisphère droit du cer- » veau ne sortît ». L'exposition de ce fait remarquable est terminée par l'assertion que cet homme conserva son intelligence jusqu'au dernier instant de sa vie [1].

X. Le froid. Un homme dont a parlé le docteur Clerk, eut une paralysie complète des deux jambes, et incomplète des deux bras, pour avoir été transi de froid en voyageant sur l'impériale d'une voiture. Il éprouva de l'amélioration par l'usage du mercure et des bains chauds, et fut

[1] O'Halloran, *on Injuries of the Head*, p. 103.

presque entièrement rétabli en huit ou dix mois [1]. J'ai vu un cas de paraplégie qu'on rapporte à la même cause, qui continue depuis environ quatre ans, avec très-peu de soulagement. Le docteur Powel a rapporté trois faits de paralysie d'un côté de la face, avec distorsion considérable de la bouche, et chez un des malades, impossibilité d'écarter les paupières. Cette maladie se manifesta immédiatement après l'exposition au froid, par un vent froid dirigé sur un côté de la face, et elle ne fut jointe à aucun autre accident. Deux de ces malades furent guéris en huit à dix jours; mais le troisième, qui était un enfant, n'était pas guéri au bout de trois mois. Ces malades semblèrent retirer de l'avantage des sudorifiques et de l'application de la vapeur. Ces paralysies étaient probablement le résultat d'une affection de la portion dure [2].

XI. Des affections locales des nerfs. Je renvoie pour les faits qui se rapportent à ce sujet curieux, aux belles recherches de M. Charles Bell. Les exemples les plus communs de paralysie d'un côté de la face, par cette cause, dépendent de l'affection de la portion dure. J'en ai observé plusieurs cas : dans quelques-uns, la maladie a été une affection passagère, en apparence liée à une inflammation autour de l'oreille externe, ou de la glande parotide. La maladie céda rapidement aux saignées locales et au vésicatoire. D'autres fois, cette maladie était liée à une maladie de l'os, et devenait absolument incurable. Tout le monde connaît la paralysie temporaire qui vient de la compression accidentelle d'un nerf. Il arrive quelquefois que les effets de la pression se prolongent. On m'a rappporté un fait dans lequel la paralysie persista pendant plusieurs mois, et un autre dans lequel elle fut permanente. Dans ce

1 *Edinburgh medical journal*, vol. IV, p. 266.
2 *Transactions of the College of Physicians*, London, vol. V.

dernier cas, elle survint dans les avant-bras et dans les mains des deux côtés; elle fut déterminée par la pression qui résulta de la station prolongée de la personne appuyée sur des béquilles, où elle se soutenait pendant long-temps pour assister à un spectacle public. M. Brodie a décrit un cas de paralysie d'un côté de la face, qui succéda à un coup sur la joue, et qui guérit en trois mois.

XII. Il est une modification de la paralysie, qui semble liée à l'état de la circulation dans la partie affectée. Une dame, dont a parlé le docteur Storer [1], se rétablissait d'une pneumonie, lorsqu'un matin, après une nuit agitée, elle fut prise subitement, dans l'épaule droite, d'une douleur aiguë, qui s'étendait au bras. Dans ce même temps, tout le côté gauche devint paralytique. La jambe conservait à un faible degré le sentiment et le mouvement, mais la main et le pied étaient insensibles à une piqûre d'aiguille. Ces parties étaient froides et toutes leurs artères ne donnaient point de pulsations sensibles. Quant au côté droit du corps, le pouls était assez fort et légèrement fréquent. Au bout de quelques heures, la douleur se transporta à la jambe et au pied, et il se manifesta aussi une douleur obscure sus-orbitaire, qu'une saignée et l'application des sangsues soulagèrent. La douleur de la jambe et du pied disparut douze heures après, et la malade n'eut alors d'autre accident morbide que la paralysie. Pendant plusieurs jours, quoique le mouvement parût se rétablir dans les parties, elles n'en restèrent pas moins froides et sans pouls. Le cinquième jour cette dame eut un sentiment pénible à l'épigastre avec une sensation de suffocation. Sa respiration devint courte et accélérée, et elle mourut dans la nuit. Le cadavre ne fut point examiné. Un homme, dont il est question dans le

[1] *Trans. of a Society for the Improvement of medical and surgical Knowledge*, vol. III.

même ouvrage, fut pris de paralysie dans le bras droit, au moment où il était assis pour déjeuner, étant auparavant en très-bonne santé; il n'éprouvait aucune douleur, mais son bras était pâle, et ne laissait sentir le pouls dans aucune de ses parties. Au bras gauche, les battements artériels étaient dans l'état naturel. Quatre heures après il devint faible, sa respiration était fréquente et laborieuse : le pouls devint aussi fréquent. Deux heures après il était mort. Le cadavre ne fut pas examiné. Le docteur Wels a décrit, dans le même journal, la maladie d'un homme sujet à la toux et à la dyspnée, qui se réveilla un matin avec une vive douleur dans le bras gauche; dans l'après-midi il devint engourdi et paralytique. La douleur cessa alors, et le bras fut trouvé sans pouls; il resta dans cet état pendant deux jours, sans aucun autre accident, et le troisième jour il mourut subitement, au moment où il se levait pour aller à la garderobe. Le bras paralysé fut la seule partie qu'on examina après la mort; on ne put y trouver aucune apparence de lésion morbide.

Cette singulière affection est probablement liée à une maladie étendue du système artériel. J'ai vu, il y a quelques années, une femme de soixante-treize ans, qui fut prise subitement d'une violente douleur dans tout le bras droit, avec des palpitations de cœur, de la disposition au vomissement, et une douleur s'étendant au travers du thorax, du sternum au dos; le pouls, du côté affecté, était extrêmement faible; de l'autre bras il était fort, et donnait cent vingt pulsations, mais il était irrégulier. Au bout d'un jour ou deux la douleur cessa. Le bras resta très-faible, mais non complétement paralysé. Le pouls y était insensible. Dix jours après, la cuisse et la jambe gauches furent affectées de la même manière. Cinq jours plus tard, le bras gauche s'affecta également, et après dix au-

tres jours, la cuisse et la jambe droites; elle fut alors confinée dans son lit, dans un état d'extrême faiblesse; on ne pouvait percevoir de pulsation dans aucune artère, excepté dans les carotides, et faiblement dans l'artère humérale droite. Dans les carotides, les battements artériels étaient forts et fréquents. L'artère radiale semblait, au toucher, comme une corde solide, comme si elle eût été distendue par le sang d'une manière permanente. Cette femme avait à la région du cœur une douleur qui devenait parfois intense, gênait la respiration, et l'empêchait de rester couchée sur le côté gauche. Elle resta une nuit dans cet état; la dyspnée et les palpitations devenaient de plus en plus intenses. Elle s'épuisa graduellement, et périt deux mois après le début de la maladie. Quelques jours avant la mort, on put percevoir de légères pulsations dans les artères du bras gauche, et celles qu'on sentait au bras droit devinrent plus distinctes qu'elles n'étaient précédemment. On trouva à l'ouverture du cadavre beaucoup de liquide dans le péricarde et dans la cavité pleurale droite. Le cœur était flasque, et aucune de ses cavités ne contenait de sang; le sinus veineux droit contenait deux tumeurs charnues ou polypeuses, l'une, du diamètre d'un œuf de pigeon, était attachée à la paroi du sinus par un pédicule grêle; l'autre était d'un moindre volume, et fixée sur une plus large base. Tout le système artériel était considérablement ossifié; dans quelques points, le diamètre était beaucoup diminué par l'ossification; plusieurs des grandes artères étaient complétement obstruées par un caillot de sang ferme, qui occupait les points où elles étaient contractées. Ces altérations étaient surtout remarquables dans l'iliaque commune droite, dont le tronc était rempli, dans presque toute son étendue, par un caillot brunâtre, dense, élastique et sec. La sous-clavière gauche était aussi très-malade et considérablement contractée; l'autre sous-

clavière, près de sa bifurcation, était, sur deux pouces de longueur, presque entièrement ossifiée [1].

D'autres faits singuliers semblent indiquer des modifications dans la circulation en différentes parties du corps, dues probablement aux rapports encore obscurs qui lient les systèmes sanguin et nerveux. Un estimable médecin de mes amis, lorsqu'il s'échauffait par de l'exercice, transpirait très-abondamment sur une moitié du corps, et nullement sur l'autre; la ligne médiane du corps limitait très-exactement la séparation. Lorsqu'il était très-échauffé, la transpiration s'établissait bien aussi de l'autre côté, mais cela n'arrivait que rarement, par de violents exercices. Cette transpiration, bornée à une moitié du corps, était l'objet de ses observations répétées de presque tous les jours. J'ai connu une autre personne qui présenta la même particularité après avoir eu des douleurs dans la tête qui l'avaient menacée d'une attaque de paralysie. M. Everard Home a rapporté l'histoire d'un homme qui eut une paralysie des extrémités inférieures, par suite d'une blessure de la moelle épinière. Il y avait une abondante transpiration de toutes les parties supérieures au siége de la blessure, mais aucune au-dessous. Le même phénomène arriva d'une manière re-

[1] Cette suspension de la circulation dans des artères principales du corps, s'observe assez fréquemment dans certaines maladies du cœur. C'est à tort, selon moi, que M. Abercrombie la confond avec les paralysies limitées à un membre; il est vrai que dans ces affections une faiblesse extrême du membre qui reçoit les artères obstruées est ordinairement observée; mais il me semble que cette faiblesse ne peut être confondue avec la paralysie véritable, dans laquelle, soit par eux-mêmes, soit par absence de l'influx cérébral, les nerfs du mouvement ont perdu la faculté de faire contracter les muscles, et les nerfs des perceptions, la faculté de les recevoir et de les transmettre. Si l'affaiblissement résulte d'une oblitération artérielle dans les parties qui reçoivent des branches provenant de l'artère ainsi oblitérée, il n'y a réellement là que défaut de l'élément stimulant et nutritif des organes; l'influx circulatoire cesse, et ce ne peut être que consécutivement que le membre perd la faculté de se mouvoir et de sentir. A. N. G., *trad.*

marquable dans un cas de maladie de la moelle épinière, qui sera ultérieurement décrit. Une jeune fille, dont a parlé M. le docteur Falconer, devint pâle et maigre dans tout le côté gauche du corps, sans aucun affaiblissement de la force musculaire; le côté droit restait sain : elle se rétablit par l'usage des douches chaudes [1].

Les différentes formes des affections comateuses qui ont été décrites par les nosographes, sont moins des variétés de la maladie que des degrés d'intensité, ou même des modifications de peu d'importance; quelques-unes de ces conditions de l'état morbide méritent cependant de l'attention. L'état de léthargie, par exemple, offre des phénomènes intéressants par rapport au degré auquel il peut arriver sans se convertir en apoplexie, ou sans attaquer d'une manière permanente les fonctions du cerveau, tout en les opprimant et les suspendant complétement pour un temps. M. Jean Bell a parlé d'un homme qui avait été accoutumé à une vie très-active. Il fut forcé de renoncer à ses occupations, par une fistule étendue dont il cachait l'existence. Il était d'une constitution replète, son appétit continuait, il tomba bientôt dans une léthargie complète. Il était presque toujours endormi. Lorsqu'il se réveillait, il essayait de répondre aux questions qu'on lui adressait, mais ses réponses étaient incohérentes et ses paroles inarticulées. Il était depuis longtemps dans cet état, lorsque M. J. Bell le vit. Sa fistule étant guérie, il se rétablit graduellement par l'usage des évacuants, l'établissement de vésicatoires à la tête, et un régime bien ordonné, au point qu'au bout de quelques semaines il se trouva bien, et put reprendre ses occupations, et diriger avec exactitude les affaires d'une compagnie [2] Hippocrate a parlé d'un prêtre sujet à des attaques de

[1] *Mem. med. Soc. of London*. vol. II.
[2] *Bell's Principles of Surgery*, vol. II.

goutte dont les paroxysmes se terminaient régulièrement pendant plusieurs années par un état de léthargie, duquel il ne sortait que pour prendre des aliments ou des boissons. Cette léthargie était accompagnée de tremblement, de stupeur, d'oubli complet de toutes choses, d'immobilité des yeux et d'un accablement complet de tout le corps. Cet état continuait en général une à deux semaines. Willis a rapporté qu'un homme, dans la crise d'une fièvre putride, tomba dans un profond sommeil qui dura quatre jours, et dont rien ne put le tirer. Il en sortit au bout de ce temps, après l'application d'un vésicatoire; mais ses facultés intellectuelles étaient éteintes, au point qu'il ne connaissait plus personne, qu'il ne se ressouvenait de rien, et qu'il ne comprenait rien : « *Vix supra brutum saperet;* » il resta dans cet état pendant deux mois, après lesquels il se rétablit graduellement. J'ai vu, il y a quelques années, un jeune homme qui, à la fin d'une fièvre lente, tomba dans un tel degré de stupeur, que je craignis qu'il ne se fût fait un épanchement dans le cerveau. Il se rétablit cependant après un temps assez long. Sa santé générale fut bonne, mais son esprit resta dans un état qui approchait de l'idiotisme; il fut transporté à la campagne, où il devint graduellement, après plusieurs mois, à son état de santé complet. Le plus remarquable exemple que je connaisse de maladie de cette espèce, a été rapporté par le docteur Pritchard, d'après feu le docteur Rush, de Philadelphie. Le malade était un étudiant américain, fort instruit, qui, à son rétablissement de la fièvre, se trouva avoir oublié tout ce qu'il avait appris. En revenant à la santé, il se remit à étudier la grammaire latine; il avait déjà étudié toutes les règles élémentaires, et il commençait à s'occuper de la construction des phrases, lorsqu'un jour, appliquant toute son attention à retenir une partie de sa leçon, tout ce qu'il avait oublié revint subitement à son esprit, et il se trouva ainsi tout d'un

coup en possession de toutes les connaissances qu'il avait avant sa maladie.

Un état assez semblable des facultés intellectuelles, se manifeste par fois dans les maladies qui proviennent d'un simple épuisement. Il y a quelques années que j'ai donné des soins à une dame qui, par suite d'une diarrhée intense et négligée, fut réduite à un état de faiblesse extrême, avec un remarquable dérangement de la mémoire; elle avait perdu le souvenir de toute une période de sa vie, d'environ dix ou douze ans. Elle avait autrefois habité une autre ville, et la période de temps de laquelle elle avait perdu le souvenir, était celle de son séjour à Edimbourg. Ses idées étaient bien coordonnées, mais elles se rapportaient toutes à des choses qui s'étaient passées avant son déplacement. Cette dame se rétablit après un temps considérable, mais elle resta dans un état d'imbécillité qui ressemblait à la démence sénile.

L'état du cerveau, dans les cas dont nous venons de parler, diffère de l'état où il est dans l'apoplexie, mais il s'y rattache. Les mêmes lésions des facultés intellectuelles paraissent en effet quelquefois comme un prélude de l'apoplexie, et peuvent en être la conséquence après que tout autre symptôme a disparu. Un homme, duquel Wepfer a parlé, fut pris d'une hémiplégie droite et d'un profond sommeil; le deuxième jour, le côté droit fut atteint de convulsions, puis la paralysie disparut. Il resta ensuite dans un état de sommeil pendant neuf jours, durant les six premiers desquels il n'avait pu prendre aucune nourriture. Le huitième jour, il commença à prendre ce qu'on lui offrit, et le neuvième il sortit de son état de stupeur, mais ses facultés intellectuelles avaient cessé; il ne connaissait plus personne, et il ne se souvenait ni n'avait connaissance de rien. Au bout de quelques semaines il commença à reconnaître ses amis les plus particuliers; il commença à se rappeler les mots, à ré-

péter l'oraison dominicale, et à lire quelques mots de latin plutôt que d'allemand, qui était cependant sa propre langue, mais il n'en pouvait lire que quelques mots à la fois; si on le pressait d'en lire davantage, il disait qu'il comprenait autrefois tout cela, mais que maintenant il ne le comprenait plus. Il pouvait cependant écrire, et il écrivait fréquemment des lignes composées en même temps de mots allemands et latins; les caractères étaient bien tracés, mais les mots n'avaient point de sens. Quelque temps après il commença à prêter plus d'attention à ce qui se passait autour de lui et à parler de ses affaires domestiques. Il se plaignait souvent de la perte de son intelligence, et il exprimait l'espoir qu'il la recouvrerait; bien que son rétablissement fît de lents et graduels progrès, il fut au bout de trois ou quatre mois enlevé par une attaque d'apoplexie.

SECTION IV.

DU TRAITEMENT DE L'APOPLEXIE.

Les faits que nous avons rapportés nous autorisent à admettre qu'il existe une modification de l'apoplexie qui devient fatale, sans laisser aucune trace de lésion morbide, et qui dépend probablement d'un dérangement dans la circulation cérébrale. Nous avons aussi donné les motifs qui nous font croire que les cas qui se terminent par épanchement, sont probablement à leur début dans cet état d'apoplexie simple. Nous avons aussi établi que l'on n'a aucun signe qui annonce la présence certaine d'un épanchement, et nous avons enfin reconnu que des épanchements de sang dans le cerveau, même d'une grande étendue, peuvent entièrement disparaître par l'absorption du caillot. On trouve dans ces considérations des motifs pour traiter ces maladies de la manière la plus active et avec persévérance. Elles nous enseignent aussi à n'être pas influencés dans la pratique par la

distinction hypothétique de l'apoplexie, en sanguine et en séreuse; elles nous montrent enfin à ne pas trop nous hâter de conclure dans les cas particuliers, que la maladie est arrivée à un état dans lequel il n'y a plus à la soumettre à un traitement actif.

Les moyens à mettre en usage dans le traitement de l'apoplexie, sont simples et en petit nombre. Ceux dans lesquels nous plaçons le plus de confiance, sont les saignées abondantes et réitérées, les purgatifs actifs et les applications froides sur la tête, secondés par la situation élevée du corps, l'air frais et l'absence de toute stimulation. Les remèdes antimoniaux peuvent quelquefois être utiles comme moyens auxiliaires, par leur effet bien connu de modérer l'action vasculaire, pourvu que dans le premier instant ils n'occasionent pas de vomissements.

La première indication capitale est de détourner l'impulsion du sang des artères cérébrales par des saignées portées au point de modifier puissamment et d'une manière décisive tout l'organisme. Ces saignées doivent être répétées à de courts intervalles aussitôt que leurs effets commencent à s'affaiblir. La première déplétion sanguine se fait ordinairement au bras, mais il paraît ensuite y avoir un avantage démontré à tirer localement du sang, soit en ouvrant l'artère temporale, soit par l'application des ventouses. Des médecins attachent une grande importance à saigner de la veine jugulaire; ils considèrent cette saignée comme plus propre à diminuer immédiatement la maladie cérébrale; il faut cependant se rappeler que la seule veine jugulaire dont on puisse pratiquer l'ouverture, est la jugulaire externe qui n'a que peu de communications avec les veines du cerveau, et que, par conséquent, par suite de cette circonstance, la saignée de cette veine est moins avantageuse que celle de l'artère temporale. Il faut administrer le plus tôt possible,

après qu'on a eu recours à la saignée, des purgatifs actifs. Le remède le plus efficace pour cet effet est l'huile de *croton tiglium*. Si le malade ne peut l'avaler, on peut très-utilement l'introduire dans l'estomac au moyen d'un tube de gomme élastique, après l'avoir suspendue dans de l'eau de gruau ou dans une dissolution de mucilage; on devra ensuite seconder l'action de ce drastique par des lavements fortement purgatifs. Tels sont les moyens qu'il faut toujours considérer comme les plus importants, et qu'il faut mettre en première ligne dans le traitement de l'apoplexie, et bien que, pour arrêter les progrès de la maladie, nous comptions d'abord sur de larges saignées réitérées, le premier soulagement décidé qu'éprouvent les malades est généralement obtenu par l'influence des purgatifs énergiques.

L'application du froid sur la tête est le troisième moyen que nous recommandons; ce remède est également applicable aux différents degrés de la maladie, qu'elle provienne d'une apoplexie simple ou d'extravasation. On l'applique, soit au moyen de l'eau glacée, soit avec la glace dans une vessie, soit en versant de l'eau froide sur la tête, et en la recevant dans un vase soutenu sous le menton, pendant que le malade est maintenu assis. J'ai déjà rapporté le fait d'un malade qui fut ramené de l'état d'apoplexie complet en quelques minutes, ou plutôt quelques secondes, par l'emploi de ce moyen.

L'usage des remèdes qui viennent d'être indiqués, dirigé avec activité, est quelquefois rapidement suivi de la cessation de l'état apoplectique; d'autres fois, bien qu'ils ne produisent immédiatement que peu d'effet, en les employant avec persévérance, le coma commence à diminuer, au bout d'un certain temps, comme après quelques heures, ou même après plusieurs jours. Dans d'autres cas enfin, on peut avoir eu recours à ces remèdes de la manière la plus

active, sans que le malade en ait retiré de soulagement, et il arrive cependant après tout cela, qu'à l'ouverture des cadavres on reconnaît que la maladie était dans l'état d'apoplexie simple. On ne peut trop répéter ce fait et en être trop pénétré, car il conduit à poursuivre avec la plus grande persévérance le traitement des apoplexies. Dans un des derniers cas qui s'est présenté à moi, la saignée fut réitérée jusqu'à ce qu'on eût tiré environ cent onces de sang; elle fut secondée par les purgations avec l'huile de *croton tiglium*, répétées jusqu'à en employer environ vingt gouttes. La maladie se termina favorablement après qu'elle eut duré pendant trois ou quatre jours dans un état très-menaçant.

Il faut sans doute tenir compte, pour déterminer l'extension qu'il convient de donner aux évacuations, de l'âge et de la constitution des malades et de la force de leur pouls. Je pense néanmoins qu'on est autorisé à établir qu'il n'existe aucun symptôme qui puisse caractériser une espèce distincte d'affections apoplectiques, qui exige d'admettre aucune distinction importante dans le traitement; en d'autres termes, il n'y a pas d'espèce d'apoplexie qui, par sa nature, n'admette pas la saignée. Je me reporte avec confiance, sur ce point, aux faits qui ont été rapportés; la faiblesse du pouls, la pâleur générale, sont, comme on l'a vu, des symptômes fréquents de la forme la plus grave de l'apoplexie sanguine, tandis que l'on a vu, d'un autre côté, des cas se terminer par épanchement séreux, quoiqu'ils aient été caractérisés par un pouls fort et par l'injection de la face. Nous avons enfin vu un malade chez lequel toutes les circonstances se réunissaient pour nous faire penser qu'il était atteint d'une apoplexie séreuse. La maladie devint funeste sans qu'il y eût aucun épanchement cérébral, et nous avons une autre fois trouvé un épanchement très-étendu, sans qu'il se fût manifesté aucun symptôme apoplectique. Il faut donc ne pas perdre de vue que, dans les affections apoplec-

tiques, la force du pouls est un guide très-incertain, puisqu'il n'est rien de plus commun, après avoir trouvé les battements artériels faibles, languissants, et s'effaçant aisément sous la pression après l'attaque de l'apoplexie, de les voir devenir forts et pleins après que le cerveau a été débarrassé à un certain degré par une large saignée.

Il serait inutile de rassembler ici des exemples d'apoplexie ordinaire traitée d'après ces principes; mais il ne sera pas déplacé de choisir quelques cas relatifs à cette partie de notre sujet, dans lesquels la maladie se manifestant chez des sujets vieux et infirmes, pouvait être considérée comme une apoplexie séreuse, ou comme étant de la nature de ces apoplexies qui n'admettent pas de traitement actif, et qui, cependant, se sont terminées favorablement sous l'influence d'un pareil traitement.

Obs. CXXXII. Une femme de soixante-dix ans, maigre et d'une constitution chétive, étant sortie en bonne santé, tomba dans la rue sans parole et avec une paralysie du côté droit. Je la vis quatre à cinq heures après cette attaque; elle était calme, fort accablée, mais non dans un coma complet; elle avait entièrement perdu la parole et le mouvement. Son pouls donnait environ quatre-vingt-seize pulsations, et était encore assez fort. On lui tira quinze onces de sang par la saignée; on lui administra un purgatif, et on fit des applications froides sur la tête. Le lendemain, son état était beaucoup amélioré, tant pour la parole que pour le mouvement du côté; mais cette amélioration ne s'étant pas soutenue la nuit suivante, elle fut de nouveau largement saignée, et l'administration des purgatifs fut continuée; dès ce moment, le rétablissement fut rapide: à la fin de la semaine, elle pouvait marcher avec quelque aide, et elle fut ramenée à l'état de santé parfait au bout de quelques jours.

Obs. CXXXIII. Un homme de soixante-dix ans, maigre et d'une chétive constitution, fréquemment tourmenté par des accès d'asthme, tomba, de son siége sur le parquet, dans un état d'apoplexie complet avec de violentes convulsions. Lorsque je le vis, une heure après l'attaque, il était encore dans un état de coma complet; les convulsions revenaient à de courts intervalles, et affectaient particulièrement les bras et la face. Le visage était pâle, et le pouls était assez fort et avait de la fréquence. Il fut largement saigné du bras, un purgatif actif fut administré et secondé par un lavement purgatif; le froid fut appliqué sur la tête. Les convulsions continuèrent pendant quelque temps à se reproduire avec une grande violence; elles devinrent ensuite moins intenses, et cessèrent enfin au bout de trois heures, laissant le malade dans le coma; mais les purgatifs ayant immédiatement après agi avec activité, il reprit connaissance. Le lendemain, il se plaignait de la tête; une médecine purgative plus active fut administrée; quelques jours après, cet homme était ramené à son état de santé habituel.

Obs. CXXXIV. Une dame de quatre-vingt-deux ans se plaignait de la tête, le matin du dimanche 8 mars 1818; elle n'en alla pas moins à l'église; lorsqu'elle y fut, ses facultés intellectuelles s'altérèrent; elle tint des discours incohérents, et elle fut rapportée chez elle avec difficulté, car elle ne pouvait se soutenir debout; elle était alors dans un coma partiel, et ses discours étaient incohérents. A peine était-elle placée dans son lit, qu'elle y fut prise de violentes convulsions qui affectaient particulièrement la face et le côté gauche du corps. Ces convulsions se renouvelèrent fréquemment, la laissant dans leurs intervalles dans un état de coma profond dans lequel le côté gauche paraissait frappé de paralysie. Le pouls avait une légère fréquence, et présentait assez de force. On tira vingt onces de sang, on appliqua le froid sur la tête, et l'on

administra un purgatif actif aussitôt qu'elle put avaler. Le lendemain il y avait peu de changement; un purgatif plus actif fut administré. Le 10 mars, le coma avait diminué; mais il était remplacé par une agitation continuelle avec incohérence dans les idées, et des convulsions. Le pouls donnait cent douze pulsations par minute. On insista sur les purgatifs les plus énergiques; de petites doses de tartrite antimonié de potasse parurent utiles. Le 11, il y avait peu de changement; mais le 12, il y avait beaucoup de soulagement : elle commença à reconnaître ses amis, et la fréquence du pouls diminuait. Quelques jours après, elle était revenue à son état de santé; elle vécut encore plusieurs années.

Cette dame avait déjà eu une attaque d'apoplexie en 1814.

Obs. CXXXV. Un homme de soixante-dix ans, de haute taille, très-maigre, valétudinaire, perdit, le 10 avril 1815, ses facultés intellectuelles; il marchait sans but, sans savoir même où il allait, et l'on ne put lui faire comprendre qu'il était malade. On le mit au lit, mais il insista pour se lever; il fit en chancelant quelques pas, et il tomba ensuite sur le parquet dans un état d'apoplexie complet. Je le vis une heure environ après l'attaque; il était encore dans un coma profond, son pouls avait de la fréquence et une certaine force. Une saignée de vingt-cinq onces lui rendit la sensibilité. Un purgatif fut administré, la tête fut rasée et couverte de vésicatoires. Au bout de trois heures, il retomba dans le coma. Une nouvelle saignée de quinze onces, sans succès immédiat, fut pratiquée; mais aussitôt après, le purgatif ayant commencé à agir vivement, il sortit graduellement de l'état comateux. Au bout de quelques jours il était rétabli.

On ne peut peut-être pas dire que la saignée et les autres moyens évacuants guérissent, à proprement parler, l'apo-

plexie. Ces moyens soustraient seulement les vaisseaux du cerveau à la violence de l'impulsion circulatoire générale, et font ainsi cesser l'un des obstacles principaux à la guérison, qui s'opère par le rétablissement des relations physiologiques des vaisseaux encéphaliques, après que l'obstacle à ce rétablissement a disparu. Nous avons cependant des motifs de croire que ces évacuations peuvent être portées aussi loin qu'il est possible de le faire, à proprement parler, sans que, pour cela, les vaisseaux reprennent leur action normale. Lors donc qu'on a poussé les évacuations aussi loin qu'il est prudent de le faire sans que le malade soit soulagé, il reste à chercher quels autres moyens sont au pouvoir de l'homme de l'art pour soulager le malade; dans ces circonstances, les vésicatoires et les autres stimulants externes peuvent être utilement employés, et je crois avoir retiré des avantages marqués des frictions énergiques sur le corps. Il ne faut cependant pas trop compter sur ces moyens.

Deux remèdes ont été, à différentes époques, l'objet de vives contestations pour le traitement de l'apoplexie; ce sont les émétiques et les stimulants internes. L'usage des émétiques dans l'apoplexie remonte au temps d'Arétée; il a été adopté, en divers temps, par des médecins du premier ordre, parmi lesquels nous citerons Etmuller, Sydenham, Boerhaave et Lieutaud. Cette pratique doit donc avoir ses fondements dans l'observation et l'expérience. On ne peut douter que, dans la première période d'une affection apoplectique, l'administration d'un émétique ne soit très-hasardeuse, et elle serait probablement nuisible à toutes les périodes d'une apoplexie avec extravasation de sang; mais, dans l'apoplexie simple, après que l'état général a été affaibli par l'action des évacuations aussi répétées que l'état des malades le permet, si le coma ne peut cesser, il paraît très-probable que l'action d'un émétique doux peut être avantageuse; tout ce qu'il y a de délicat dans cette pratique est

dans la difficulté de distinguer l'apoplexie simple de l'apoplexie avec épanchement de sang. On peut presque appliquer les mêmes remarques à l'usage des stimulants internes. Nous regardons comme très-important de distinguer l'action des stimulants dans l'état de pléthore et de vigueur de l'économie, de leur action lorsque les forces ont été réduites par des évacuations longues et répétées. Je crois que c'est dans ces conditions que les stimulants peuvent être appliqués avec sûreté et avantage au traitement de l'apoplexie.

Toutes les observations que nous avons faites sur le traitement de l'apoplexie, s'appliquent également aux premières périodes de la paralysie; mais pour les cas où la maladie est plus avancée, après que les effets immédiats de l'attaque ont cessé, il reste des objets de recherches très-importants. On est peut-être trop habitué à penser que la paralysie d'une certaine étendue dépend d'une maladie déterminée et irrémédiable du cerveau. Bien des observations repoussent cette opinion. Nous avons vu des paralysies récentes complétement enlevées en quelques jours, et nous en avons vu d'autres ne cesser que graduellement, de manière qu'au bout de quelques semaines ou de quelques mois il ne restait plus de trace de la maladie. Plusieurs fois aussi, lorsque le malade succombait à une autre maladie après une paralysie long-temps continuée, nous n'avons trouvé aucune lésion cérébrale ou aucune altération qui pût rendre raison de la maladie; nous pourrions ajouter à ces faits des exemples de disparition subite de paralysies qui s'étaient long-temps prolongées. Le docteur Russel a publié [1] l'histoire d'un homme qui, après une attaque d'apoplexie avec hémiplégie, reprit l'usage de son bras en six semaines; mais l'extrémité inférieure resta tout-à-fait paralysée. Au bout de douze mois, pendant lesquels il n'éprouva aucune amélioration,

[1] *London Med. Observ. and. Enq.* vol. 1.

il fut un jour étonné de reconnaître qu'il avait acquis un certain degré de mouvement dans la jambe, mais cela ne dura que quelques minutes. Le même soir il se manifesta de la céphalalgie, et dans la nuit il fut pris d'une sorte d'attaque dans laquelle le membre paralysé fut agité de violentes convulsions, après lesquelles le malade avait acquis à un certain degré la faculté de le mouvoir. Cette attaque se renouvela le lendemain, et de nouveau dans la nuit; elle le laissa dans un état de santé parfait; la paralysie avait complétement disparu. Il n'avait cessé de bien se porter depuis huit ans lorsque cette observation fut écrite. Un cas, à quelques égards semblable, quoique de moindre durée, arriva à un de mes amis. Cet homme, de moyen âge, fut subitement frappé d'hémiplégie avec perte de la parole, pendant qu'il se livrait au violent exercice d'une marche rapide ou de la course. Tous les moyens auxquels on a ordinairement recours en pareille circonstance furent mis en usage pendant un mois sans aucun soulagement. Un jour, des convulsions se manifestèrent subitement dans les membres paralysés, et lorsqu'elles cessèrent, la paralysie avait disparu. Chez une femme, de laquelle a parlé le docteur Home, une hémiplégie qui durait depuis très-long-temps fut guérie par un accès de fièvre [1].

M. Squire a rapporté [2] l'histoire d'un homme qui avait été sujet aux convulsions pendant toute son enfance, jusqu'à l'âge de vingt-trois ans. Ces accès cessèrent alors, et il jouissait d'une bonne santé depuis trois ans, lorsque, sans autre symptôme précurseur que du froid, il perdit subitement la parole. Il n'avait aucun autre accident de paralysie, et il se portait d'ailleurs bien. Il resta ainsi tout-à-fait privé de la parole pendant quatre ans. C'était un homme généralement tempéré dans ses habitudes; cependant un soir

[1] *Home's clinical experiments.*

[2] *Philosophical transactions*, vol. XLV.

qu'il s'était enivré, il tomba trois ou quatre fois de son cheval en rentrant chez lui. Il fut à la fin recueilli dans une maison voisine de la route, et mis au lit. Il s'endormit aussitôt, et eut un songe effrayant durant lequel il fit de violents efforts pour appeler au secours ; il appela en effet, et de ce moment il recouvra complétement la parole. Le docteur Watson a rapporté [1] le fait d'une jeune femme qui était depuis long-temps sujette à de violentes convulsions, dont les attaques étaient fréquemment suivies de paralysie temporaire des muscles qui avaient été le plus fortement affectés; après une attaque elle perdit entièrement la vue pendant cinq jours. Une autre fois, après un de ces accès, elle perdit la parole, qui se rétablit au bout d'un temps très-court; mais les convulsions se reproduisant bientôt, elle perdit de nouveau la parole, et en resta tout-à-fait privée pendant quatorze mois. Durant ce temps, elle n'eut pas de nouvelles convulsions, et fut d'ailleurs en bonne santé. Un soir qu'elle s'était fortement échauffée en dansant pendant quatre heures, elle recouvra la parole, et de ce moment elle continua à bien se porter. Diemerbroeck a rapporté plusieurs cas encore plus remarquables [2] : une femme qui était paralytique depuis l'âge de six ans, et qui en avait quarante-quatre, reprit subitement l'usage complet de ses membres à la suite d'une violente terreur, causée par un orage, en faisant de violents efforts pour s'échapper d'une chambre dans laquelle on l'avait laissée seule. Un homme qui était paralytique depuis plusieurs années se rétablit de la même manière par l'incendie de sa maison. Un autre qui était malade depuis six ans se rétablit subitement dans un violent accès de colère.

On m'a rapporté le fait remarquable d'un monsieur qui perdit la vue après une attaque d'apoplexie, et resta dans

[1] *Philosophical transactions*, vol. L.
[2] *Obs. et curat. medicæ.* Obs. x.

un état de cécité complet pendant environ sept ans. Au bout de ce temps, un jour qu'il était sorti dans sa voiture, il recouvra subitement la vue, et l'on remarqua qu'il avait entièrement recouvré l'habileté qui le distinguait comme dessinateur avant son attaque d'apoplexie.

Ces exemples peuvent conduire à un principe important sur la paralysie, savoir que cette maladie, même lorsqu'elle existe depuis long-temps, dépend quelquefois d'une cause qui peut être entièrement enlevée, et même qui peut l'être en un instant. Ils doivent appeler toute notre attention sur les recherches qui restent à faire sur cette classe de maladies qui, parmi toutes les autres, sont celles qu'on considère ordinairement comme laissant le moins d'espoir.

Le rétablissement du mouvement dans les membres paralysés après les moyens de traitement auxquels l'attaque d'apoplexie oblige de recourir sans retard, est entièrement, dans le plus grand nombre des cas, l'ouvrage de la nature, et semble le plus ordinairement dépendre de l'absorption graduelle du caillot. Lorsque la maladie se prolonge, on a conseillé d'avoir recours à différents remèdes, qui sont en général des stimulants tant internes qu'externes. Aux moyens de la deuxième classe se rapportent les bains chauds, les frictions, l'électricité et le galvanisme; et parmi ceux de la première espèce se trouvent la graine de moutarde, l'ammoniaque, le camphre, et presque tous les stimulants; il faut user de ces derniers remèdes avec la plus grande prudence; leur usage peut cependant être avantageux, et peut être quelquefois porté à un haut degré, si les systèmes généraux sont en même temps maintenus affaiblis par un régime sévère et des évacuations convenables. Il faut considérer cette dernière précaution comme une partie essentielle du traitement; et je ne puis à cet égard adopter l'avis d'auteurs recommandables qui ont établi que dans les paralysies le

régime devait être nourrissant et restaurant. Avec les précautions que je recommande, les stimulants peuvent être employés dans beaucoup de cas avec de grands avantages; mais je ne saurais dire auxquels de ces remèdes il convient d'accorder la préférence : pendant que les uns ont fortement recommandé la teinture de cantharides, d'autres ont employé les balsamiques, la térébenthine, la moutarde, l'arnica, le gayac, le sencka, et autres moyens de même nature. On a également recommandé l'administration de substances narcotiques, comme le rhus toxicodendron, l'aconit napel, etc. On a annoncé en Allemagne que l'on avait administré le phospore à l'intérieur avec avantage, et en France le moyen auquel on a, dans ces derniers temps, donné la préférence a été la noix vomique. Ce médicament a été administré en extrait, à la dose de deux grains, trois ou quatre fois par jours; il produit des convulsions, et l'on dit qu'on a été amené à le proposer comme un remède par l'observation de ce fait, que, lorsque les membres paralysés sont frappés de convulsions, ils reprennent fréquemment presque aussitôt après leur action [1]. Dans les cas les plus

[1] L'efficacité de la noix vomique et des substances actives que l'on en extrait contre les paralysies, a été affirmée avec tant d'assurance par beaucoup de médecins, qu'on serait considéré comme peu digne de confiance, si on le révoquait en doute sans s'être livré à des observations directes sur son emploi. Ces observations nous ont occupé; chargé de la direction de grands services dans les hôpitaux de Paris, les occasions ne nous ont pas manqué. Nous avons administré l'extrait de noix vomique et la strichnine à beaucoup de malades affectés de paralysies, la plupart dépendantes d'apoplexie, et quelques-unes résultant de rhumatismes. Dans tous les cas, sans aucune exception, le médicamment a exercé une action immédiate extrêmement énergique, aussitôt que nous sommes parvenus à une certaine dose; cette action consistait le plus souvent dans des crampes et des contractions spasmodiques instantanées des muscles de tous les membres, quelquefois perçues seulement ou au moins plus vivement dans les membres paralysés. Dans quelques cas, l'action immédiate du médicament ne consistait qu'en une sensation de chaleur vive et formicante dans les membres paralysés. Quoique ces effets immédiats aient été con-

favorables qui aient été publiés sur l'efficacité de ce moyen, il s'est écoulé un temps assez long avant le rétablissement, et comme il est bien établi que beaucoup de paralysies cessent spontanément, on ne peut accueillir qu'avec beaucoup de réserve les faits présentés à l'appui de l'efficacité de remèdes particuliers.

On a recommandé les émétiques, l'iode, le mercure porté jusqu'à la salivation. M. Wardrop a rapporté le fait remarquable d'une paralysie qui durait depuis dix-huit mois, qui sembla améliorée par le chatouillement des parties avec une plume; le rétablissement arriva en deux mois. M Gros a mentionné une guérison obtenue par l'urtication, et Celse paraît avoir mis en pratique ce moyen de traitement. Il faut cependant établir que, dans le traitement des membres paralysés, on ne peut compter sur aucun moyen jusqu'à ce que la cause soit enlevée, et lorsque cette cause a disparu, la guérison des membres paralysés doit être particulièrement considérée comme l'œuvre de la nature. Comme moyen auxiliaire, il paraît en général qu'on n'a point à employer de meilleurs moyens que des frictions sèches prolongées, et l'exercice soutenu des membres aussitôt qu'ils ont recouvré le plus léger degré de mouvement qui puisse le permettre [1].

stants, et se soient toujours maintenus aussi long-temps que le médicament a été administré, et quoique cette administration ait été continuée avec persévérance dans tous les cas pendant plusieurs semaines, et que chez beaucoup de sujets nous y soyons même revenu plusieurs fois, jamais nous n'avons observé la moindre diminution dans la paralysie.

Â. N.G., *trad.*

[1] On peut consulter le savant ouvrage du docteur Cooke sur les maladies nerveuses et sur la paralysie, pour connaître dans tous ses détails ce qui a rapport à l'apoplexie et à la paralysie.

APPENDICE

DE LA DEUXIÈME PARTIE.

CONSIDÉRATIONS SUR LA CIRCULATION DANS LES ORGANES ENCÉPHALIQUES.

Dans les recherches que nous venons de présenter sur la pathologie de l'apoplexie, nous avons fait tous nos efforts pour resserrer les observations que nous avons développées, dans les limites des indications directes des faits que nous avons recueillis. On peut cependant lier à ces recherches certaines remarques sur la circulation dans le cerveau, qui seront peut-être considérées comme des conjectures fondées; j'ai voulu les séparer des autres parties de mon travail, parce qu'elles ne peuvent être admises comme absolument en dehors du champ des hypothèses.

Lorsqu'une personne en bonne santé tombe subitement ou progressivement dans un état d'apoplexie complet, et lorsque, par un traitement convenable promptement appliqué, cette personne est rapidement ramenée à une santé parfaite, il est impossible de ne pas se demander quel état du cerveau a déterminé des symptômes si considérables et qui cependant ont si rapidement et si complètement disparu? Si la mort du malade arrive après qu'il a resté pendant un temps considérable dans un état de coma complet, et qu'on ne puisse trouver dans son cerveau le plus petit désordre anatomique, on recherche avec plus d'intérêt encore la cause d'un état cérébral si remarquable. Il est probable que la cause de ces dérangements cérébraux, en ce qui n'excède pas la portée de nos recherches, doit se trouver dans l'interruption des relations régulières qui doivent exister entre les appareils

veineux et artériels du cerveau. Sous ce rapport, on peut tirer de la structure anatomique de l'encéphale des inductions qui ne pourraient s'appliquer à aucun autre organe du corps.

Les observations sur lesquelles nous pouvons d'abord porter nos regards, sont celles qui résultent de l'état où se trouve le cerveau des animaux qui ont été tués par hémorrhagie. Tandis que, dans ces cas, tous les organes du corps sont tout-à-fait blancs et privés de sang, le cerveau présente en général son aspect ordinaire; et dans quelques cas même les veines superficielles de cet organe sont tellement distendues par le sang, qu'un écrivain n'a pas craint d'établir ce paradoxe : « Que les animaux qui meurent par hémorrhagie périssent d'apoplexie. » Les observations les plus remarquables à ce sujet sont celles que le docteur Kellie de Leith a faites, en saignant des animaux jusqu'à la mort dans différentes circonstances [1]. Dans la plupart des cas, le cerveau était dans l'état normal, et les vaisseaux sanguins étaient pleins de sang; mais d'autres fois le cerveau offrait un aspect bien plus remarquable. Sur un animal, les sinus encéphaliques étaient gorgés de sang noir, et les vaisseaux de la pie-mère étaient injectés de sang vermeil. Sur un autre, les sinus étaient remplis de sang, les veines de la pie-mère en étaient aussi gorgées, et les plexus choroïdes en étaient remarquablement distendus. On n'observa que dans un très-petit nombre de cas, que les vaisseaux du cerveau contenaient sensiblement moins de sang rouge que dans l'état normal; mais toujours alors il y avait un épanchement séreux. Les mêmes expériences faites sur d'autres animaux, au crâne desquels on avait d'abord pratiqué une ouverture avec le trépan, ont donné des résultats différents : le cerveau était alors privé de sang comme les autres par-

[1] *Transactions de la Société médico-chirurgicale d'Edimbourg*, t. 1er. Outre les expériences qui y sont rapportées, le travail du docteur Kellie contient des faits et des remarques d'un grand intérêt sur ce sujet.

lies du corps. Le docteur Kellie ajoute à ces expériences le récit des observations qu'il a faites avec le docteur Monro sur le cerveau de deux pendus : à la division des téguments épicraniens, le sang coula en quantité si abondante qu'il ne resta pas de doute qu'il n'existât une congestion considérable dans les vaisseaux extérieurs du crâne, mais le cerveau n'offrait rien d'insolite. « Les sinus contenaient du sang, » mais non en quantité extraordinaire; les gros vaisseaux » de la surface du cerveau, et ceux qui rampent entre les » circonvolutions n'étaient que médiocrement remplis; et la » pie-mère était, dans toute son étendue, plus pâle et moins » vasculaire qu'elle ne l'est souvent dans les cas ordinaires [1]. »

[1] J'ai assisté, il y a plusieurs années, à la dissection de la tête de deux suppliciés par la décapitation, et j'ai été frappé, ainsi que l'anatomiste qui tenait le scalpel, Béclard, de l'état de plénitude de vaisseaux encéphaliques, que je supposais devoir se trouver vides de sang, à cause de l'hémorrhagie que détermine la section des gros vaisseaux du cou au moment du supplice. Ce fait confirme les observations du docteur Kellie; et en réfléchissant sur les résultats de ces observations, on reconnaît qu'ils s'expliquent très-bien par les effets de la pésanteur de l'air sur les différentes parties du corps. Il est évident que le résultat de cette pésanteur sur toutes les parties extérieures flexibles du corps, doit être de maintenir en état de plénitude les vaisseaux encéphaliques qui sont soustraits, par la disposition anatomique de leur enveloppe osseuse, à la pression atmosphérique. Quant à ce que M. Kellie a observé sur les vaisseaux encéphaliques des pendus qu'il a disséqués, il ne faudrait pas en tirer d'autre conclusion que cette conséquence générale : qu'il est des circonstances dans lesquelles les vaisseaux encéphaliques ne sont pas gorgés d'une manière extraordinaire après la strangulation par suspension. Cette conséquence générale suffit pour montrer que la mort par suspension n'arrive pas par apoplexie comme on l'a cru long-temps. En précisant les circonstances dans lesquelles cet état de non congestion encéphalique se présente après la strangulation, on est amené à reconnaître que c'est surtout la position du corps à la suite de la strangulation qui fait varier l'état de congestion des vaisseaux encéphaliques reconnu à la dissection, car la congestion veineuse encéphalique est l'effet immédiat constant de la strangulation ou même de la simple asphyxie au moment de la mort. Mais cette congestion n'est permanente que lorsque le cours du sang reste gêné dans les vaisseaux cervicaux profonds, soit par l'action mécanique d'un lien, soit seulement par la position du corps après la mort. A. N. G., *trad.*

Ces circonstances remarquables appellent l'attention sur certaines particularités de la structure de la tête, qui peut-être les expliquent d'une manière satisfaisante. Le crâne constitue une sphère osseuse exactement remplie par les parties contenues; il soustrait le cerveau à la pression atmosphérique et à toutes les influences extérieures. Cet organe ne reste soumis qu'à l'action du sang que lui apportent les vaisseaux qu'il reçoit. Il est très-probable que dans un organe ainsi disposé la quantité de sang qui traverse les vaisseaux ne peut être matériellement augmentée, à moins qu'il ne s'opère un vide qui permette l'entrée d'une quantité excédante de sang, puisque la cavité crânienne était déjà entièrement pleine; il est aussi probable que cette quantité ne peut être matériellement diminuée que par un moyen qui aurait pour résultat de combler l'espace, qui ainsi deviendrait libre.

Nous n'avons pas à nous occuper ici de la question de savoir si le cerveau est compressible, il nous suffit de pouvoir poser en fait qu'il n'est nullement compressible par l'action que le cœur exerce sur lui par l'intermédiaire des artères carotides et vertébrales. Nous pouvons donc aussi considérer comme établi qu'il est très-probable que, dans l'état ordinaire des choses, aucun changement matériel ne peut s'opérer dans la quantité absolue du sang qui circule dans les vaisseaux du cerveau.

Le sang qui parcourt les vaisseaux encéphaliques se partage en certaine proportion entre les artères et les veines du cerveau; il est probable que l'état de santé de cet organe dépend de l'équilibre normal de la circulation dans les deux ordres de vaisseaux. Si l'on supposait un cas dans lequel une quantité de sang plus grande que dans l'état normal se trouvât accumulée dans un ordre de vaisseaux, il en résulterait nécessairement une diminution correspondante dans l'autre appareil circulatoire encéphalique, puisque l'on

admet que la quantité de sang que reçoit le cerveau doit rester la même. Il résulterait de ces remarques qu'il pourrait s'opérer dans le cerveau des dérangements de la circulation tels qu'il ne pourrait s'en produire de semblables dans aucune partie du corps, puisqu'il n'est aucun autre organe qui se trouve dans les mêmes conditions. Soyons donc bien réservés dans nos raisonnements sur un objet où il est si difficile d'éviter de tomber dans l'erreur. Contentons-nous de tâcher d'indiquer d'une manière très-générale les différentes voies par lesquelles on peut supposer que pourront s'opérèr les dérangements de la circulation dans un organe comme le cerveau.

I. Considérons d'abord un état de pléthore très-prononcé, dans lequel tout le système circulatoire se trouve gorgé d'une plus grande quantité de sang que dans l'état sain. Les artères qui se rendent à la tête participeront à cet état général de pléthore : il en résultera une augmentation d'impulsion qui tendra à porter une quantité extraordinaire de sang dans les artères du cerveau. Quoique aucune augmentation de la quantité totale du sang qui circule dans le cerveau ne puisse s'opérer, puisque les vaisseaux encéphaliques sont déjà pleins, l'impulsion constante n'en tendra pas moins à introduire une quantité additionnelle de sang, et par conséquent, à déranger l'équilibre normal entre le système artériel et le système veineux; puisqu'aucune augmentation du sang dans un ordre de vaisseaux ne peut s'opérer sans qu'il s'ensuive une diminution correspondante dans l'autre ordre de vaisseaux. Si l'on estime par exemple à dix la totalité du sang qui circule dans le cerveau en supposant que cette quantité soit répartie également entre les artères et les veines, dans l'état pléthorique que nous avons admis, on peut supposer un cas dans lequel, par l'augmentation de l'impulsion circulatoire, la quantité de sang que

reçoivent les artères sera augmentée jusqu'à six ; dans toute autre partie du corps, les veines recevraient une quantité de sang correspondante, et l'équilibre serait rétabli rapidement; mais dans le cerveau, l'effet qui se produira sera inverse; car puisque la totalité du sang encéphalique doit rester comme dix, comme les artères sont distendues par une quantité comme six, le sang devra nécessairement diminuer à quatre dans les veines. La capacité d'un appareil vasculaire ne peut donc être augmentée dans le cerveau que par une diminution égale dans la capacité de l'autre appareil. Le résultat de cet état anormal serait le suivant : les veines encéphaliques contiendraient une quantité de sang comme quatre, tandis que les artères en contiendraient une comme six : la quantité de sang rapportée par les veines serait ainsi la mesure de la quantité que pourraient recevoir les artères par la circulation générale : cette quantité serait comme quatre. L'action de la circulation générale tendrait à introduire une quantité de sang comme six, en supposant qu'elle continuât avec la force insolite sous l'influence de laquelle la maladie aurait pris naissance; ou une quantité comme cinq si cette impulsion était réduite à ce qu'elle est dans l'état de santé. Dans l'un et l'autre cas, l'impulsion circulatoire tendrait à introduire une plus grande quantité de sang qu'il n'en pourrait entrer; elle entretiendrait par conséquent l'état de dérangement de la circulation encéphalique qui se serait établi. La deuxième conséquence qui résulterait de cet état serait une augmentation de l'afflux du sang dans les vaisseaux extérieurs de la tête, qui produirait probablement la rougeur et la turgescence de la face, et les autres symptômes d'une congestion sanguine extérieure. Je m'abstiens de pousser le raisonnement jusqu'à rechercher si, dans certain état pléthorique général, secondé peut-être par un degré accidentel d'impulsion dans la circulation générale, un dérangement de la nature de celui que j'ai sup-

posé peut s'établir dans les vaisseaux du cerveau, et si, lorsqu'il atteint un certain degré, il peut produire une attaque d'apoplexie.

II. Si le retour du sang du cerveau par les veines encéphaliques est empêché à un certain degré, il en résulte un dérangement fort analogue à celui qui est produit par la cause précédente. La diminution de la quantité de sang incessamment rapportée par les veines doit être suivie d'une égale diminution correspondante de la quantité qui peut pénétrer dans les artères. L'impulsion normale de la circulation serait alors suivie, par rapport à l'état anormal de la circulation encéphalique, des mêmes effets que produirait une impulsion anormale. Sans insister davantage sur ce point, le dérangement dans la circulation veineuse cérébrale que je viens d'admettre, peut être le résultat de toutes les causes qui retardent le retour du sang encéphalique, telles que des tumeurs du cou, et certaines affections du cœur et des poumons. Si ce dérangement s'opère, il peut déterminer des symptômes analogues à ceux de l'apoplexie simple.

Les considérations qui viennent d'être présentées peuvent s'appliquer à deux points d'observation pratique.

1° Si un dérangement tel que nous l'avons supposé s'était réellement effectué dans le système vasculaire encéphalique, il aurait pour résultat que le molimen circulatoire général tendrait à introduire dans les artères du cerveau une plus grande quantité de sang qu'elles n'en peuvent recevoir. Un des effets de cette circonstance serait une augmentation de l'effort du sang dans les vaisseaux extérieurs de la tête, et les faits établissent qu'il arrive en effet quelque chose de cette nature dans les attaques d'apoplexie; c'est ainsi que l'injection de la face, la turgescence des traits du visage, les battements des artères extérieures, et d'autres

phénomènes semblables ont été rapportés à une vive fluxion sanguine vers la tête. Plusieurs auteurs ont noté la quantité extraordinaire du sang qui s'écoule à la section des téguments du crâne sur les personnes qui sont mortes d'apoplexie. Le docteur Cheyne a recueilli sur quelques sujets plus d'une livre de sang de cette manière, et le docteur Kellie a fait la même observation à la dissection des deux cadavres de suppliciés dont il a déjà été question. M. Jean Bell rapporte qu'ayant injecté la tête d'une personne qui mourut d'une affection cérébrale, la face fut tellement altérée par l'injection, les lèvres devinrent tellement saillantes, et tous les vaisseaux superficiels furent tellement gonflés, que la préparation ne put servir. La turgescence de la face et du cou, qui survient souvent d'une manière si remarquable dans les apoplexies, doit être connue de tous les médecins; elle est surtout très-prononcée lorsque la maladie est devenue subitement fatale sans qu'aucun moyen de traitement ait été employé. J'ai vu avec M. White une personne qui, après avoir éprouvé des prodrômes apoplectiques, fut trouvée morte un matin dans son lit. Le corps était à peine froid; le cou et la face étaient d'une couleur pourpre foncée et dans un état de turgescence extraordinaire, mais il n'y avait aucune congestion dans les vaisseaux du cerveau.

2° D'après nos remarques, on est fondé à croire que les évacuations que nous faisons pratiquer ne diminuent pas au plus léger degré la quantité de sang que reçoit la tête. Mais si l'on admet les principes que nous présentons comme ayant quelque valeur, il doit aussi paraître probable que l'effet des évacuations que le médecin fait pratiquer sera de soustraire les vaisseaux cérébraux à l'impulsion excessive de l'effort circulatoire général, ou encore de réduire cette impulsion même au-dessous de ce qu'elle serait dans l'état de santé. Les vaisseaux du cerveau reviennent ainsi à des con-

ditions qui leur permettent de reprendre leur état physiologique.

III. On peut admettre aussi qu'un semblable dérangement survienne par des causes qui diminuent directement la capacité du système veineux du cerveau. La dépression d'une portion d'os qui produit une saillie considérable dans la cavité du crâne, la formation d'un caillot qui occupe un grand espace à la surface du cerveau, ces causes agiront spécialement et peut-être exclusivement sur le système veineux encéphalique. La quantité de sang incessamment introduite dans les artères de la tête restera la même dans ces circonstances; mais la capacité des veines se trouvant diminuée, les rapports entre les deux ordres de vaisseaux sanguins seront dérangés d'une manière différente que dans les autres cas que nous avons déjà indiqués, mais cependant d'une manière semblable quant aux effets sur la circulation dans le cerveau. Qu'on enlève la portion d'os déprimée, et les deux appareils circulatoires reprennent leurs rapports physiologiques, et les symptômes disparaissent.

Il est probable qu'une cause de cette nature peut exister à un degré plus faible, dans lequel elle ne peut produire aucune interruption permanente dans la circulation du cerveau, mais qui peut cependant aller jusqu'à produire ce dérangement, pourvu qu'il survienne une augmentation occasionelle de l'effort circulatoire. J'ai rapporté dans la première partie de cet ouvrage le fait remarquable d'une tumeur qui se forma, par dépôt de matière, entre les lames de la dure-mère, et qui occupait un espace considérable à la surface du cerveau. Le malade ne ressentait que peu d'inconvénients de cette tumeur lorsqu'il restait en repos, mais lorsqu'il prenait du mouvement, il devenait sujet à des attaques de forme apoplectique desquelles il se rétablissait en peu de minutes. Lancisi a rapporté une observation re-

cueillie sur un homme qui souffrait depuis long-temps d'une hémicrânie, lorsqu'il fut pris, vers l'âge de cinquante ans, d'une douleur intense dans la tempe, qui fut suivie immédiatement d'une attaque d'apoplexie, de laquelle il se rétablit rapidement; mais il eut de ce moment une, et même deux attaques d'apoplexie par mois; l'automne et l'hiver suivants se passèrent de cette manière; à la fin la mort arriva subitement dans une de ces attaques. Sous la partie droite de l'os frontal les membranes étaient fort épaissies, et une sorte de polype adhérait à cette portion épaissie et se trouvait sur la surface du cerveau. Il est probable que, dans des cas de cette espèce, tant que la circulation se fait d'une manière calme, ou que lorsque la masse générale du sang a été diminuée par des évacuations générales, la circulation encéphalique se fait d'une manière régulière, mais que la moindre augmentation dans la quantité du sang, ou quelque augmentation considérable dans l'*impetus* circulatoire suffisent pour amener un dérangement. De semblables accidents sont probablement le résultat des causes qui diminuent la capacité des sinus ou des principales veines du cerveau. J'ai rapporté des cas remarquables dans lesquels de fréquentes attaques d'apoplexie ou de paralysie ont paru liées à une maladie étendue des artères du cerveau. On manque d'observations sur cet important sujet, mais on a des observations sur des personnes qui ont eu en peu d'années quinze à vingt attaques d'apoplexie sans en avoir ressenti dans les intervalles aucun accident consécutif. Des recherches faites avec une minutieuse attention sur ces cas donneraient probablement des résultats qui éclaireraient beaucoup la pathologie de l'apoplexie.

IV. Plusieurs faits intéressants portent à croire que la circulation dans le cerveau peut être dérangée d'une manière fort différente que dans les cas précédents. Supposons

que le volume général du sang dans le corps soit beaucoup diminué, l'effet de cette diminution sur chaque artère sera sa contraction et la diminution de son calibre; elle agira ainsi sur les veines avec lesquelles elle est en rapport avec une puissance diminuée. Les artères cérébrales partageront l'état général du système circulatoire, en sorte que la quantité de sang transmise à la tête sera diminuée en même proportion. Pendant que ce changement s'opérera, une accumulation correspondante de sang se fera probablement dans les veines, puisque la quantité totale de sang dans la tête doit rester la même. Cette masse de sang augmentée sera soumise à l'action diminuée et disproportionnée des artères aussi diminuées de volume. C'est probablement ainsi que s'opère cette congestion apparente dans les veines superficielles du cerveau, qui se trouve sur les animaux qui ont été tués par hémorrhagie. On observe en pratique des faits qui semblent devoir être rapportés à un dérangement de la circulation encéphalique qui ne peut s'expliquer que de cette manière; je vais rapporter plusieurs de ces faits, sans m'abandonner à d'autres raisonnements.

Un homme d'environ quarante ans perdait depuis quelque temps des quantités considérables de sang artériel par une hémorrhagie par le rectum. Considérant cette affection comme hémorrhoïdale, il n'y fit que peu d'attention jusqu'à ce que ceux qui l'entouraient fussent alarmés de l'altération qu'ils remarquaient en lui. D'une constitution forte et pléthorique, il était devenu maigre, épuisé, pâle et comme hagard; ses jambes étaient infiltrées, son pouls était fréquent et faible, et le moindre exercice l'excitait beaucoup. Dans cet état, il offrait une action vigoureuse et irrégulière du cœur, et se plaignait de vertiges, de tintements d'oreilles et de violents battements dans la tête, et fréquemment de céphalalgie avec battements encéphaliques. A l'examen du rectum, on trouva au-dessus du sphincter une tumeur fon-

gueuse du sommet de laquelle une petite artère saignait par jet. Une ligature fut pratiquée et il n'y eut pas de retour de l'hémorrhagie; sous l'influence d'un régime restaurant et de l'administration abondante de vin, tous les autres accidents disparurent. Il reprit si rapidement ses chairs et son état sanguin qu'on fut bientôt amené à craindre qu'il ne devînt trop pléthorique, ce qui rendit nécessaire de réduire le régime. Dans ces circonstances il n'y eut aucun retour d'accidents vers la tête.

Une dame de vingt-cinq ans avait été fréquemment saignée pour des accidents cérébraux qui avaient succédé à un coup à la tête. Chaque émission sanguine avait été suivie de soulagement considérable, mais les symptômes se reproduisaient immédiatement, en sorte qu'on avait été obligé de revenir aux saignées à de courts intervalles. Cet état s'était ainsi prolongé pendant plusieurs mois; lorsque je la vis, elle était étendue sur son lit, sa face était pâle comme celle d'un mort, ou plutôt elle ressemblait à une figure de plâtre. Son pouls était très-rapide et filiforme; la faiblesse générale était excessive; la masse du sang paraissait réduite à la petite quantité strictement compatible avec la continuation de la vie; la malade ne se plaignait pas moins encore de céphalalgie fréquente, de violents battements dans la tête, de confusion dans les idées et de vertiges. Il était évident qu'on ne pouvait porter plus loin les émissions sanguines : je proposai à titre d'essai, dans la consultation que j'eus avec le médecin éclairé qui lui donnait habituellement des soins, d'adopter une méthode de traitement opposée, le régime tonique et analeptique; elle fut ramenée en quinze jours à un état de santé tolérable.

J'ai été plusieurs fois consulté pour des cas de cette espèce. Un homme, accoutumé aux aisances de la vie, a une attaque d'apoplexie ou présente des prodrômes apoplectiques; on le guérit par la saignée et d'autres évacuants, et

on le tient pendant quelque temps à un régime très-sévère. Aussi long-temps qu'il reste chez lui en repos, il n'éprouve aucun accident; mais dès qu'il commence à sortir, il devient sujet à des attaques de vertiges et à des défaillances, ordinairement accompagnées de palpitations de cœur et de sensation pénible à la région précordiale : le pouls est mol ou plutôt lent, et l'état général indique l'état opposé de la pléthore; ces accidents cessent par une amélioration rationnelle dans le régime. J'ai eu des occasions répétées d'observer ce fait dans ces sortes de cas, et j'ai toujours pensé que ces observations étaient d'une grande valeur pour faire concevoir certains états pathologiques du cerveau.

Beaucoup de faits de cette nature se présentent au praticien qui s'occupe de cet objet intéressant; dans la dernière période des maladies d'épuisement, les malades tombent souvent bien avant la mort, dans un état qui ressemble au coma, et pendant lequel le pouls reste encore très-distinctement perceptible. J'ai vu bien des fois des enfants rester un jour ou deux dans cette espèce de stupeur, et se rétablir ensuite par l'administration du vin et des aliments. On a souvent de la peine à distinguer cet état du coma qui accompagne les maladies du cerveau; il se manifeste ordinairement après la continuité de maladies colliquatives, comme d'anciennes diarrhées négligées. Les malades tombent dans un état d'insensibilité, les pupilles sont dilatées, les yeux sont ouverts et insensibles à la lumière; la face est pâle et le pouls faible. Cet état peut continuer un jour ou deux, et se terminer favorablement ou devenir funeste. Cette affection correspond à l'apoplexie par inanition des anciens auteurs; elle diffère de la syncope en ce qu'elle se manifeste graduellement, et qu'elle continue pendant un temps considérable, comme un jour ou deux; elle n'est pas aussi, comme la syncope, déterminée par des causes subites et instantanées, mais par des causes d'épuisement graduel qui agissent

depuis long-temps. Cette affection diffère cependant de l'état d'épuisement proprement dit, en ce que, pendant que le sentiment et le mouvement sont complètement abolis, le pouls peut être distinctement senti, et conserver même dans quelques cas une certaine force. J'ai observé sur les adultes la même affection, quoiqu'elle fût moins commune chez eux que chez les enfants. Un homme très-avancé en âge tomba, par suite d'une diarrhée négligée, dans un état tout-à-fait semblable au coma; sa face était pâle et ses traits affaissés, mais son pouls conservait encore de la force; j'ai vu aussi une vieille dame qui avait perdu par la même cause la mémoire, et était devenue sourde; ces deux malades se rétablirent par l'administration du vin et de l'opium; on appliqua chez le premier un vésicatoire à la nuque. Richter rapporte que l'amaurose est quelquefois produite par des hémorrhagies, le choléra ou des diarrhées prolongées; il parle surtout d'une femme hydropique qui devint aveugle après avoir subi la paracenthèse abdominale pour une ascite. Je n'ajouterai à ces remarques générales que le récit d'un fait remarquable de lésion de l'ouïe. Un homme d'environ trente ans vint d'assez loin à Édimbourg, pour consulter sur une maladie obscure qu'on rapportait surtout à l'estomac, et qui l'avait réduit à un état de faiblesse et d'émaciation extrême. A mesure que la débilité avait fait des progrès, il était devenu considérablement sourd, et lorsque je le vis, il était dans l'état suivant : il était complètement sourd tant qu'il restait assis ou debout, mais lorsqu'il était couché horizontalement la tête basse, il entendait parfaitement; lorsqu'il était debout, s'il se penchait en avant de manière à déterminer une fluxion vers la face, l'ouïe devenait parfaite, et lorsqu'il se redressait il continuait à entendre distinctement aussi long-temps que la fluxion vers la tête continuait, et aussitôt qu'elle cessait, la surdité revenait.

Il semble, en résumé, très-probable qu'un certain équi-

libre dans la circulation du cerveau est nécessaire pour l'accomplissement normal des fonctions de cet organe, et que ces fonctions sont également suspendues par l'interruption de la circulation comme dans l'apoplexie, et par la simple diminution de l'impulsion circulatoire qui survient dans la syncope et plusieurs affections où l'épuisement est excessif. Il y a une similitude remarquable de symptômes dans ces conditions opposées. Qu'est-ce en effet qu'une syncope, autre chose qu'une abolition du sentiment et des mouvements? elle est précédée par des vertiges, des tintements d'oreille, un dérangement dans la vision, la cécité avec dilatation des pupilles, insensibilité complète et assez souvent suivie de convulsions. La syncope diffère de l'apoplexie, principalement, peut-être même uniquement, par l'état de la circulation générale : les symptômes de ces deux affections sont semblables, et leurs effets sur les fonctions sensoriales sont tout-à-fait les mêmes.

On peut se faire plusieurs questions sur l'état de la circulation encéphalique : s'il existe un équilibre si exact dans la circulation cérébrale, comment cet équilibre n'est-il pas dérangé d'une manière grave par les changements nombreux qui s'opèrent constamment dans les circonstances si variables auxquelles le corps est soumis? Comment l'apoplexie n'est-elle pas l'effet de toute augmentation dans la masse du sang, ou comment n'est-elle pas déterminée par chaque acte d'intempérance, par tout violent exercice ou par toute commotion moins forte? Existe-t-il quelque moyen par lequel les effets de ces causes singulières se trouvent détournés, quoique dans certaines conditions de l'économie chacune d'elles puisse être suivie d'apoplexie complète? Il paraît probable qu'il existe plusieurs dispositions anatomiques dans la tête qui tendent à cette fin; je me contenterai de les indiquer sans entrer dans tous les développements dont elles me fourniraient l'occasion. La première

de ces dispositions consiste en ce que toutes les artères du cerveau entrent dans la tête par des canaux osseux. Cette circonstance paraît avoir une influence considérable pour arrêter toute impulsion subite du sang et le détourner vers les branches artérielles extérieures. C'est ainsi qu'on voit dans ce cas l'injection de la face, la turgescence du visage, les battements des vaisseaux extérieurs, survenir sans qu'il se manifeste aucun dérangement cérébral. Une autre circonstance anatomique qui paraît contribuer au même résultat est la structure particulière des sinus de la dure-mère. Ces canaux reçoivent une grande partie du sang veineux du cerveau, et il paraît probable, d'après leur structure particulière, que leur diamètre ne peut être augmenté ou diminué à un degré considérable. Cette disposition anatomique remarquable contribue le plus à prévenir les dérangements de la circulation dont nous avons parlé, et qui, dans un organe situé comme le cerveau, surviendraient pour les causes les plus légères [1].

[1] Une autre circonstance de structure qui doit nécessairement influer aussi beaucoup sur les fonctions du cerveau, et même avoir une action directe sur la circulation dans les vaisseaux encéphaliques, c'est la présence d'un fluide dans les cavités cérébrales et dans toutes les anfractuosités du cerveau. L'existence de ce liquide a pour premier résultat que jamais le cerveau ne se trouve dans aucun point en contact trop immédiat avec aucune des parties dures qui l'environnent; il résulte aussi de cette disposition anatomique, que toute compression qui n'est pas l'effet d'une modification de structure des parties annexes du cerveau dans un point très-circonscrit, se répartit par l'intermédiaire de ce fluide sur toute l'étendue des organes encéphalo-rachidiens.

Le fluide céphalo-rachidien contribue à remplir exactement toutes les lacunes qui peuvent exister dans la tête et le rachis, il rend surtout incontestable ce fait qu'il n'y a aucun vide dans ces cavités. On comprend donc comment la plus légère congestion peut modifier l'action des organes cérébraux par la compression qui en résulte, et que le fluide céphalo-rachidien lui-même transmet à toute l'étendue de ces organes. Cette compression, effet de la congestion vasculaire, se prouve par les expériences sur les animaux qui montrent que toutes les causes qui peuvent faire refluer le sang vers les vaisseaux encéphaliques comme les efforts, les mouvements de la

respiration, etc., font immédiatement refluer avec force le liquide céphalo-rachidien par les petites ouvertures qu'on a pratiquées aux méninges pour l'observer.

La quantité du fluide encéphalique exerce aussi une influence sur les organes qu'il comprime, et probablement sur la circulation dans les vaisseaux de ces organes ; ce qui le démontre, ce sont les effets de la soustraction de ce liquide sur les animaux; aussitôt que cette soustraction est opérée, la station devient impossible, et les fonctions sensoriales sont suspendues jusqu'à ce que le liquide se soit reproduit. L'influence de la circulation cérébrale sur la quantité et la facile reproduction de ce fluide est probable d'après ce que nous savons de toutes les exhalations et les sécrétions internes ou externes, mais on n'a point encore d'expériences directes qui déterminent son mode et ses limites.

Les résultats des expériences faites sur les minéraux, dans le but de reconnaître le mécanisme des fonctions et les rapports communs des organes, ne doivent être considérés que comme des moyens de recherches assez infidèles. Cette observation générale s'applique spécialement aux expériences faites sur le fluide céphalo-rachidien, pour rechercher sa quantité, ses rapports avec les organes encéphaliques et son mode de reproduction, comme aux expériences sur les fonctions de différentes parties du cerveau que nous citerons ailleurs. Il faudrait tenir compte, en effet, dans ces expériences, de l'influence de la douleur qu'on fait éprouver aux animaux, des effets que provoque cette douleur ; enfin des pressions qu'on exerce sur leur corps pour les maintenir. Il est incontestable que la circulation, et, par suite, les congestions et les exhalations profondes, sont directement modifiées par ces causes. Les vivisecteurs ont trop souvent négligé ces éléments des résultats des expériences ; il en résulte que les médecins, plus profondément versés dans la connaissance des lois de l'organisation, et qui ont l'habitude d'observer la nature sur l'homme dans différents états de santé et de maladie, rejettent toutes ces expériences comme absolument sans valeur. Il nous semble qu'il y a ici un juste milieu à tenir; les expériences sur les animaux vivants sont assurément très-souvent stériles, parce qu'elles sont très-souvent mal instituées. Cependant, si des hommes ont abusé de ces expériences et les ont discréditées, en ne tenant aucun compte de la plupart des causes qui en modifient les résultats, il ne s'ensuit pas qu'on ne puisse y recourir avec quelque utilité. Haller l'avait démontré : et si cette physiologie nouvelle qu'on a bâtie sur une multitude d'expériences qui ressemblent, il faut bien le dire, plutôt à des tours d'escamoteurs qu'à des recherches scientifiques, n'est vraiment qu'une déception, il n'en faut conclure qu'une chose, c'est qu'on ne peut établir la vérité dans la science, en s'en tenant à un seul mode d'investigation.

Cette note était indipensable pour pouvoir justifier M. Abercombie des reproches très-peu mérités qu'on lui a adressés, d'avoir négligé les observations récentes de certains vivisecteurs. A. N. G., *trad.*

TROISIÈME PARTIE.

DES MALADIES ORGANIQUES DU CERVEAU.

Nous entendons par maladies organiques du cerveau, soit des changements permanents dans le tissu cérébral, soit des tissus de formation nouvelle ayant leur siége dans la tête, et développés soit dans la substance du cerveau, soit à sa surface.

Les formes principales que présentent les affections organiques du cerveau, peuvent se rapporter à la division suivante :

I. Tumeurs formées par l'épaississement des membranes du cerveau ou par le dépôt entre leurs lames, d'une matière nouvelle. J'ai déjà rapporté sur cette maladie (*Obs.* VI) un fait bien remarquable, dans lequel une tumeur de cinq pouces de longueur, de trois pouces de largeur, et d'un demi-pouce d'épaisseur, s'était formée successivement par le dépôt d'une matière nouvelle entre les lames de la dure-mère.

II. Dépôt d'une substance diaphane ou sémi-diaphane, ayant les caractères de l'albumine. Cette substance peut être formée en masses non circonscrites sous les membranes du cerveau, et particulièrement sous l'arachnoïde, comme chez le sujet de l'observation XC, ou contenus dans des kystes développés en différentes parties du cerveau, comme chez les sujets des observations LXXXVIII et LXXXIX. La matière déposée dans ces cas se coagule en masse solide si on l'expose à la chaleur de l'eau bouillante; on la trouve avec différents degrés de consistance, et l'on est porté à croire qu'il s'opère des changements dans sa den-

sité, et qu'elle prend une plus grande fermeté à certaines périodes de sa formation.

III. Tumeurs très-denses, d'une couleur blanchâtre ou cendrée uniforme, présentant l'apparence et les propriétés de l'albumine coagulée. Cette substance se trouve en tumeurs de différents diamètres, exactement circonscrites, généralement adhérentes à la dure-mère, et ne paraissant recouvertes par aucun kyste. J'ai décrit dans l'observation LXXXV, une tumeur de ce genre qui avait pris naissance sur la faux. Cette tumeur avait près de cinq pouces de circonférence; elle était d'une assez grande consistance et d'un blanc uniforme; sa substance ne paraissait pas organisée, et à l'analyse elle offrit tous les caractères de l'albumine coagulée. La circonstance la plus remarquable dans ce cas, fut que la présence de cette tumeur ne donna lieu à aucun accident grave jusqu'à quelques semaines avant la mort. Les tumeurs de cette nature naissent souvent à la surface externe de la dure-mère. On sait que dans ces cas elles produisent fréquemment l'absorption du tissu osseux, et qu'elles viennent faire extérieurement saillie sous les téguments du crâne, où on les a prises pour des loupes. Les auteurs français ont rapporté des cas de cette espèce. Dans plusieurs de ces cas, la maladie paraissait avoir été originairement déterminée par des coups à la tête, et dans d'autres une contusion a paru accélérer la manifestation de la tumeur au dehors, par le trajet qu'elle se fraie au travers du crâne. Lorsque l'on a imprudemment incisé ces tumeurs, la mort du malade en a en général été la conséquence. On rencontre quelquefois de petites tumeurs adhérentes aux plexus choroïdes, et qui ressemblent à celles dont nous parlons. J'ai une fois rencontré dans chaque ventricule latéral une de ces tumeurs du volume d'une petite noix sur le cadavre d'un homme qui mourut subitement après avoir eu, à de longs intervalles, des attaques répétées d'épilepsie, et

après avoir présenté pendant quelque temps des accidents d'apoplexie imminente.

IV. Tumeurs ressemblant extérieurement aux précédentes, mais offrant à l'intérieur une organisation apparente; leur tissu est d'une couleur rougeâtre, comme de couleur de chair, et ressemble à la substance du rein. Ces tumeurs se rencontrent en différents points, j'en décrirai une du volume d'un œuf qui se trouvait sur la tente du cervelet.

Les lésions qui sont l'objet de ce paragraphe et des précédents, semblent caractériser les altérations morbides qui peuvent être proprement appelées tumeurs du cerveau. On a aussi décrit des stéatômes et des tumeurs graisseuses de cet organe, mais ces tumeurs paraissent être plus rares.

V. Les tubercules. On a déjà vu plusieurs exemples de cette maladie, qui est très-fréquente. Les tubercules sont en masses qui varient depuis le plus petit volume jusqu'à celui d'un œuf; ils sont ou développés dans la substance du cerveau, ou attachés à ses membranes. Dans la première disposition, les tubercules sont formés d'une matière caséeuse blanchâtre, généralement renfermée dans un kyste; mais à un degré plus avancé, on les trouve ordinairement dans un état de suppuration scrophuleuse plus ou moins avancée.

VI. L'induration de la substance cérébrale. Nous avons rapporté dans la première partie de cet ouvrage, plusieurs exemples de cet état morbide du cerveau. J'ai développé les motifs qui me portent à croire que cette altération est le résultat d'une inflammation lente; que le tissu malade peut rester pendant un temps très-long dans l'état de simple inflammation chronique, et qu'il passe ensuite graduellement à l'état d'induration. C'est dans ces cas qu'il se forme probablement quelquefois autour de la partie malade un sac pseudo-membraneux qui donne ainsi à la partie altérée par l'état morbide l'apparence d'un tissu de formation nouvelle

qui se serait développé au milieu du tissu cérébral. Dans l'état d'induration simple, cette maladie peut continuer long-temps, en déterminant des symptômes graves; elle peut à la fin devenir fatale en passant à l'état de suppuration, ou même sans arriver à cet état.

VII. Des ossifications. Je comprends sous la dénomination commune d'ossification les formations osseuses qui naissent de la surface interne du crâne, et les formations internes qui se trouvent communément dans la dure-mère, et le plus communément dans la faux. Ces ossifications semblent en général formées d'une lame mince osseuse, développée dans l'épaisseur de la membrane; on possède des faits dans lesquels la présence de ces lames osseuses n'a paru avoir déterminé aucun symptôme d'affection du cerveau; d'autres fois cependant ces ossifications ont paru déterminer des accidents graves, particulièrement lorsqu'elles avaient la forme d'une épine, ou qu'elles présentaient des angles aigus, disposés de manière à irriter le cerveau ou ses membranes. Dans un cas de cette espèce, rapporté par Saviard, il existait dans la partie la plus large de la faux une petite pièce d'os triangulaire, garnie d'angles très-aigus; la dure-mère, dans les points qui se trouvaient en contact avec ces angles, était livide, et présentait du pus. Chez un épileptique observé par De La Motte, des pointes osseuses étaient dirigées contre la pie-mère; Van-Swiéten a trouvé une ossification irrégulière d'un pouce de long sur un demi-pouce de large dans la substance du cervelet.

VIII. Des hydatides. On a désigné sous le nom d'hydatides différentes affections du cerveau, parmi lesquelles plusieurs ne semblent pas avoir été réellement des hydatides. Telles sont, par exemple, ces vésicules qu'on rencontre souvent dans les plexus choroïdes. Ces vésicules semblent n'être que le tissu cellulaire lâche de cette partie, distendu sous forme de vésicule par de la sérosité épanchée; dans

un cas recueilli par le docteur Baillie, ces vésicules purent être injectées par les veines. De véritables hydatides se forment dans le cerveau comme cela est arrivé sur le sujet d'une des observations de Zeder, dans le cerveau duquel se trouvaient de nombreuses hydatides, dont une avait le volume d'un œuf, et contenait trois petites hydatides ; quant aux kystes qui contiennent un liquide séreux comme ceux qui se développent dans différentes parties du cerveau, il est douteux qu'ils puissent être considérés comme des hydatides. Une femme dont Bonet a recueilli l'histoire, eut après un coup reçu sur la partie postérieure de la tête, une céphalalgie accompagnée de vertiges continuels; elle périt ensuite apoplectique. Elle avait dans la substance de l'hémisphère gauche un kyste du volume d'un œuf, qui contenait un liquide diaphane. Le même auteur a rapporté le fait d'une jeune fille qui mourut le douzième jour d'une fièvre qui se termina par le coma. On trouva, en séparant les deux hémisphères, un kyste qui se rompit lorsqu'on le toucha, et qui laissa écouler huit ou neuf onces d'un fluide limpide. Bonnet a observé des kystes d'un plus grand volume encore; un, par exemple, qui adhérait aux éminences nates et à l'infundibulum, et qui se déchira lorsqu'on voulut l'enlever. Ce kyste contenait environ deux livres de liquide. Le malade se plaignait depuis quatre mois d'une douleur fixe au *vertex*. J'ai été long-temps porté à révoquer en doute l'exactitude de ces récits, et à supposer que dans ces cas le liquide était contenu dans les ventricules, jusqu'à ce que j'aie reçu par mon ami le docteur Frampton une observation remarquable recueillie par M. Headington, sur un fait que je rapporterai plus tard, dans lequel on trouva dans le ventricule gauche un kyste qui contenait seize onces de liquide.

Les lésions que je viens d'indiquer succinctement sem-

blent réunir toutes les différentes modifications des maladies organiques du cerveau. Il en est cependant encore d'autres qui ne paraissent appartenir à aucune de celles que nous avons énumérées; telle serait cette tumeur pierreuse dont a parlé Schenkius, la tumeur sanguine de M. Rochoux, et le véritable fongus hématodes du cerveau, dont on a conservé quelques exemples. La hernie de la substance cérébrale elle-même, telle qu'elle s'observe après l'opération du trépan, s'est quelquefois présentée sans cette cause. Un homme dont a parlé le docteur Donald Monro, avait au-dessus du sourcil gauche une tumeur pulsative qu'on ne pouvait comprimer sans produire de la céphalalgie et des vertiges. Cette tumeur augmenta de volume, et au bout de sept mois cet homme mourut dans la léthargie. A l'ouverture de son cadavre on reconnut que la tumeur naissait de la partie antérieure de l'hémisphère gauche du cerveau, et qu'elle s'était frayé un chemin au travers de l'os frontal. Elle avait le volume d'une orange, elle présentait la structure de la substance médullaire du cerveau, et elle semblait couverte par la dure-mère [1].

Lorsqu'on veut décrire les principaux symptômes qui se rapportent à ces différents états morbides dont nous venons d'indiquer les caractères anatomiques, on ne trouve dans les phénomènes présentés par les malades aucune conformité qui permette de rapporter précisément des symptômes particuliers à des formes déterminées d'affections pathologiques. Nous nous contenterons donc de tracer d'une manière très-générale les principales formes sous lesquelles s'observent les symptômes qui se rapportent aux maladies organiques du cerveau. On peut les réunir sous les formes suivantes :

I. La première forme se distingue par une violente cé-

[1] *Trans. col. phys.*, vol. 1.

phalalgie continue sans aucun autre accident remarquable. Cette douleur varie beaucoup, tant quant à son siége que quant à son intensité; et l'un des caractères les plus remarquables de cette affection est que la douleur revient quelquefois par paroxysmes réguliers avec des intervalles de rémission incomplète, ou même complète. J'ai donné des exemples remarquables de cette forme de la maladie dans les observations LXXXI et LXXXVIII; je donnerai ci-après encore des faits semblables. Dans quelques cas, la douleur est aiguë et lancinante; dans d'autres, elle est obtuse; elle n'occupe quelquefois qu'un point circonscrit de la tête, comme le synciput ou l'occiput. Quelquefois la céphalalgie est accompagnée d'un battement violent qui peut être général ou qui peut être circonscrit à une partie spéciale de la tête, comme l'occiput ou une des tempes. Dans les plus violents paroxysmes, la douleur est intense; elle oblige le malade à rester pendant un temps considérable dans une position, car le plus léger mouvement aggrave la douleur de manière à la rendre intolérable. Ces violents symptômes ont souvent des rémissions si remarquables, que l'observateur superficiel s'arrête à penser qu'il n'a affaire qu'à une céphalalgie périodique ou à une céphalalgie dépendant d'une dyspepsie. On s'arrête d'autant plus volontiers à cette dernière idée, que l'estomac est souvent aussi alors troublé dans ses fonctions, et que les plus violentes attaques sont souvent accompagnées de vomissements.

Le diagnostic dans ces cas est quelquefois difficile, mais avec de l'attention on reconnaît que la durée et la violence de la douleur doivent faire soupçonner que la maladie est plus qu'une céphalalgie ordinaire, et que, bien que les fonctions de l'estomac soient en même temps troublées, la céphalalgie est souvent plus intense que l'on ne pourrait s'en rendre raison par l'état de cet organe. Le malade ne peut en général supporter un appartement chaud, le bruit que-

font les personnes qui l'entourent, ou même la fatigue d'une conversation agréable, sans en être incommodé, et sans que sa céphalalgie n'en soit aggravée. Les paroxysmes s'accompagnent quelquefois de vomissements et quelquefois de violents battements dans la tête. Si avec ces symptômes nous remarquons la pâleur de la face et la faiblesse du pouls, et si des moyens actifs ont été employés sans soulagement, nous sommes amenés à soupçonner la présence d'une lésion organique.

La terminaison des affections de cette première forme est variable, la maladie peut devenir funeste subitement par des convulsions, ou graduellement par l'état comateux, ou par un épuisement graduel sans coma ni convulsion. Un mode de terminaison très-fréquent est par l'invasion d'une inflammation chronique, qui se termine elle-même par un épanchement ou de toute autre manière. J'ai donné dans l'observation LXXXV un fait dans lequel il existait une production organique remarquable fixée à la faux du cerveau, et dont l'existence n'avait été indiquée par aucun accident jusqu'à la manifestation des symptômes d'une inflammation chronique quelques semaines avant la mort.

II. Dans la deuxième forme, après une céphalalgie fixe qui a duré quelque temps, les sens s'affectent. Ainsi la vue, l'ouïe, le goût, l'odorat et quelquefois les facultés intellectuelles se perdent. La cécité survient en général graduellement, la vision devient d'abord obscure, et cesse au bout de quelque temps; très-souvent un œil est déjà perdu que l'autre n'est point encore affecté. Le malade voit quelquefois les objets doubles, tantôt d'une manière permanente, tantôt seulement par intervalles. Nous rapporterons un fait remarquable dans lequel la cécité survint subitement, et disparut par l'action d'un émétique, après avoir duré un certain temps; le malade conserva ainsi sa vue rétablie pendant

une heure, et la perdit ensuite de nouveau pour toujours. Les fonctions intellectuelles sont fréquemment dérangées dans ces cas, et quelquefois la parole se perd.

Les lésions morbides du cerveau ne sont elles-mêmes rien moins qu'uniformes. Sur deux sujets, on trouva des tumeurs situées de manière à comprimer directement les nerfs optiques; chez un autre, une tumeur volumineuse comprimait les tubercules quadrijumeaux; sur un troisième, le siége de la maladie était à la partie la plus inférieure du lobe antérieur; sur un quatrième, chez lequel l'œil droit était seul affecté, la lésion organique se trouvait dans la substance de l'hémisphère gauche près de sa partie postérieure. Dans une observation de Drelincurtius, la maladie consistait dans une augmentation de volume de la glande pinéale, et sur un autre malade qui était à la fois sourd et aveugle, une grosse tumeur se trouvait entre le cerveau et le cervelet.

III. Les symptômes de la troisième forme des maladies organiques du cerveau sont tous ceux de la deuxième, quant à la douleur et aux lésions des sens, plus des accidents convulsifs. Ces accidents peuvent se reproduire avec une certaine régularité comme dans l'épilepsie, ou peuvent ne venir qu'à certaines périodes, lorsque la maladie paraît aggravée et jointe à un certain degré d'inflammation. Les paroxysmes ressemblent quelquefois à des accès de tétanos, et d'autres fois à de légères attaques d'apoplexie. Nous rapporterons un cas de cette espèce dans lequel il y eut à la fin perte de la vue, de l'ouïe, du goût, de la parole, et enfin de la faculté d'opérer la déglutition.

Dans cette troisième forme de maladie on trouve la même variété dans les lésions morbides que dans la précédente, et l'on ne peut tracer de caractère particulier qui puisse expliquer les divers symptômes des formes morbides indiquées,

excepté dans les cas où, par le siége de la lésion organique, les nerfs optiques sont directement comprimés. Le résultat de cette disposition est invariablement la cécité; il paraîtrait cependant que, dans d'autres cas, des tumeurs occupant ce siége, et ayant presque le même volume, ont déterminé tantôt la cécité et des convulsions, tantôt la cécité seule sans convulsions, et d'autres fois la céphalalgie seulement sans cécité ni convulsions. Nous rapporterons une observation remarquable par cette circonstance que les convulsions cessèrent aussitôt que les poumons s'affectèrent, et ne se reproduisirent pas jusqu'à la mort du malade, qui arriva par la maladie des poumons.

IV. La quatrième forme se caractérise par les convulsions sans aucune affection des sens, souvent avec très-peu de douleur, et en général sans cette douleur fixe et constante qui se manifeste dans les formes précédentes. Les convulsions paraissent quelquefois avec les formes régulières de l'épilepsie; dans d'autres cas elles paraissent par attaques plus irrégulières, se renouvelant plusieurs fois dans un temps court, et cessant ensuite pendant des intervalles considérables. De violents paroxysmes de céphalalgie précèdent ou accompagnent parfois les convulsions, et la mémoire se dérange en général au bout de quelque temps. La mort arrive quelquefois dans ces cas, dans une attaque de convulsions, ou après quelques jours de coma.

Les lésions organiques qui se présentent après la quatrième forme d'accidents sont très-variables. Les plus remarquables qui aient été observées sont des tubercules dans le cervelet, des hydatides dans l'hémisphère droit du cerveau, l'induration du pont de Varole ou de la substance du cerveau, et des tumeurs ou des ossifications stiloïdes dans différentes parties.

Une variété importante de cette forme de la maladie est

celle où les convulsions sont limitées à un côté du corps. Dans un cas de cette espèce, il y avait une tumeur à la surface de l'hémisphère opposé, et dans un autre une portion de cet hémisphère était indurée. La première de ces maladies fut aussi remarquable par sa longue durée et par la faiblesse et l'atrophie qui se manifestèrent dans toute l'extrémité inférieure du côté affecté.

V. Les symptômes de la cinquième forme sont des accidents paralytiques; soit l'hémiplégie, soit la paraplégie, soit la paralysie de toutes les parties situées au-dessous du col. Dans quelques cas, la paralysie est limitée à un seul membre. Ces paralysies se distinguent des paralysies ordinaires en ce qu'elles se manifestent graduellement : c'est d'abord un membre ou même une partie d'un membre qui s'affaiblit; cette faiblesse augmente de plus en plus jusqu'à ce qu'elle devienne une véritable paralysie. Cette paralysie est quelquefois précédée de violentes douleurs dans le membre. La parole devient en général gênée, et, dans quelques cas, la mémoire s'altère; la tête est habituellement embarrassée, ou de la céphalalgie revient par paroxysmes. Dans un cas, il y eut cécité d'un œil, et une autre fois des deux yeux; il se manifesta une fois des convulsions, mais elles ne durèrent pas jusqu'à la période avancée de la maladie; une autre fois le malade fut épileptique pendant plus d'une année.

Les ouvertures des cadavres font voir dans ces cas des tumeurs ou des indurations occupant des siéges variables; s'il y a eu hémiplégie, c'est toujours dans le côté opposé du cerveau; s'il y a eu paraplégie, c'est dans le cervelet ou dans la protubérance annulaire. Il faut convenir cependant que l'observation de tous ces cas, dans lesquels il y a eu paraplégie, n'a pas donné de résultats satisfaisants, parce qu'on a omis d'examiner l'état de la moelle épinière; dans plusieurs cas que nous rapporterons, bien que le cerveau fût malade, la véritable cause de la paraplégie se trouvait

dans la moelle épinière; c'est d'ailleurs une chose qui n'est rien moins que démontrée, que la manifestation de la paraplégie, comme effet d'une maladie n'occupant que le cerveau.

VI. La sixième forme de la maladie appelle notre attention sur un sujet d'un grand intérêt; elle se caractérise par une série de symptômes que le malade rapporte à l'estomac, mais qui sont en réalité le résultat de la maladie du cerveau. Dans plusieurs maladies organiques du cerveau, l'estomac est malade, mais celles dont il est maintenant question sont remarquables parce que l'affection de l'estomac est le symptôme dominant. Les malades ne se plaignent souvent que très-peu de la tête pendant une partie considérable du cours de ces maladies; s'ils souffrent de cette partie, leur douleur n'est ni assez fixe ni assez intense pour amener à considérer le cerveau comme le siége du mal. La tête est cependant en général le siége de douleurs ou de pesanteur, qui reviennent quelquefois par accès, comme une céphalalgie périodique, ou par paroxysmes accompagnés de vomissements, comme les attaques de migraine. La douleur est augmentée par les efforts, la chaleur, les commotions morales et l'ingestion des liqueurs stimulantes. L'appétit est en général variable, le sommeil mauvais, l'estomac est le siége d'un sentiment d'oppression, et il se manifeste de fréquents vomissements qui reviennent quelquefois le matin au premier réveil, ou d'autres fois à des intervalles incertains, et subitement, sans aucune indisposition préalable. Les malades éprouvent en général des malaises qu'ils rapportent à divers organes qui peuvent masquer la nature de la maladie dans ses premières périodes; mais au bout d'un certain temps, des accidents cérébraux commencent ordinairement à se montrer, tels que des accès de perte de mémoire, des paroxysmes de convulsions et des affections de la vue. A ce degré de la maladie, la mort peut arriver subitement dans une attaque de

convulsions, ou après avoir été précédée d'une suite de vives douleurs. Il faut bien prendre garde, dans ces sortes de cas, de se laisser égarer sur la nature du mal, en observant que les symptômes sont soulagés du côté de l'estomac par un régime sévère ou par des moyens de traitement dirigés sur l'estomac lui-même. Si par une cause quelconque on suspend la digestion, on peut soulager les symptômes, mais il est impossible d'en déduire de conséquences quant à la cause de la maladie. Le diagnostic est souvent très-difficile dans les premières périodes de la maladie. Les accidents du côté de la tête sont en général plus permanents et moins variables qu'on ne pourrait s'attendre à les rencontrer dans une simple dyspepsie; ils sont augmentés par des causes qui seraient probablement plutôt utiles que nuisibles dans une céphalalgie dépendant de dyspepsie, telles que des exercices actifs et les plaisirs de sociétés agréables.

Les lésions encéphaliques principales dans cette forme de maladie paraissent se trouver dans le cervelet.

VII. La septième forme se distingue particulièrement par des affections apoplectiformes légères et passagères, sur lesquelles nous avons déjà présenté des observations remarquables. Ces affections consistent particulièrement, dans quelques cas, en des vertiges habituels, tels que les malades n'osent sortir seuls; d'autres fois, ce sont des attaques subites et passagères de suspension de tout pouvoir musculaire sans perte de connaissance. Dans quelques cas, ce sont des attaques de coma complet, qui peuvent se reproduire à des intervalles réguliers ou irréguliers. Quelques malades ont la conscience de l'approche de ces accidents, et se mettent au lit avant l'attaque; il existe ordinairement dans ces cas plus ou moins de faiblesse dans les membres, et en général, mais non constamment, de la céphalalgie. La vue est affectée dans quelques cas, soit d'une manière permanente, soit par paroxysmes, et il arrive que les ver-

tiges et les pertes de connaissance sont excités par les mouvements du corps, et disparaissent par le repos des malades.

Je justifierai ce que je viens de dire très-succinctement sur cette importante classe de maladies, en présentant dans un Appendice un choix de faits, pris, soit dans ma propre observation clinique, soit dans les recueils publiés par d'autres; ces faits établiront l'extrême difficulté de fixer aucun principe général, ou de déterminer le caractère particulier des symptômes, par rapport au siége ou à la nature des maladies organiques du cerveau. Ainsi l'on a vu des tumeurs dans des cas où la maladie présentait la première des formes qui ont été indiquées, qui n'ont été accompagnées d'aucun symptôme remarquable, tandis que, dans les autres formes de la maladie, des tumeurs occupant le même siége, n'ayant pas un plus grand volume, ont été accompagnées de cécité, de convulsions ou de paralysie. Il ne paraît pas que ces variétés dépendent, soit du volume de ces tumeurs, soit, comme on l'a cru jusqu'à présent, de leur structure particulière. C'est encore un objet de recherches à faire, que de tâcher de découvrir quelles différences dans les symptômes se lient à la nature des tumeurs, et spécialement à leurs caractères, soit comme formées d'une substance distincte de la masse cérébrale, soit comme consistant en des indurations de la substance même du cerveau.

Il n'y a que bien peu de choses à dire sur le traitement des maladies organiques du cerveau; je suis cependant persuadé qu'on ne doit pas les considérer toutes comme incurables. Plusieurs de ces maladies doivent certainement leur origine à un état inflammatoire, et l'on a toute raison de penser que, par un traitement convenable, on peut finir par arrêter leurs progrès, et prolonger la vie des malades en rendant leur état moins pénible. Le traitement doit consister à tenir l'organisme dans un état d'affaiblissement très-marqué, par des évacuations et une diète sévère; à faire

des applications froides sur la tête, à établir des cautères ou des sétons à la nuque, et à éloigner toutes les causes d'excitation.

Je terminerai cette troisième partie par la relation du fait suivant, que je dois à mon ami le docteur Kellie de Leith. Ce fait montre très-bien la nature des symptômes qui peuvent exister avec une maladie organique du cerveau des plus étendues et des plus remarquables.

Obs. CXXXVI. Un médecin, âgé de cinquante-six ans, d'un esprit cultivé, et menant une vie régulière, était depuis quelque temps sujet à diverses indispositions, que les médecins ses amis considéraient comme dépendantes d'une hypochondrie. Les accidents les mieux déterminés dont il se plaignait étaient un malaise passager vers le sinus frontal, et une sensation toute particulière d'engourdissement sur une partie du pouce; du reste, la santé générale paraissait bonne. Cet homme, retiré de la pratique de son art, pouvait jouir de toutes les commodités de la vie. Il fut pris un jour en marchant d'une subite indisposition et d'une défaillance. Cet accident fut suivi d'un certain degré de céphalalgie et d'une difficulté évidente d'articuler, ou plutôt d'une difficulté de trouver l'expression dont il voulait faire usage. On le soumit à la saignée et aux autres moyens ordinaires; mais cette perte toute particulière de la mémoire des mots continua, et augmenta graduellement, en sorte que la difficulté de trouver les mots qu'il voulait employer devint de plus en plus en plus grande, mais il n'éprouvait aucun embarras pour les prononcer. Son intelligence était en même temps tout-à-fait conservée; le pouls variait de quatre-vingts à cent douze douze pulsations par minute. Cet homme était confiné dans sa maison, mais il restait hors du lit toute la journée. Tous les moyens ordinaires furent mis en usage de la manière la plus soutenue. Après plusieurs semaines du même état, le malade commença à

avoir une légère distorsion de la bouche, il se plaignit d'engourdissement dans le bras droit, et aussitôt après de faiblesse de la jambe du même côté. Ces symptômes augmentèrent graduellement jusqu'à l'hémiplégie complète, et vers le même temps le malade perdit entièrement la parole. Il était alors retenu au lit sans avoir de coma; il conservait l'usage parfait de la vue et de l'ouïe, et, autant qu'on pouvait en juger, son intelligence était entière. Il mourut avec des symptômes de bronchite, dans la neuvième semaine, après la première invasion de la maladie.

Ouverture du cadavre. — L'hémisphère gauche du cerveau était malade d'une manière très-singulière dans toutes ses parties. Quelques parties du tissu cérébral étaient indurées, d'autres étaient ramollies. Le tissu cérébral présentait une variété remarquable de couleurs; il était particulièrement rosé, gris et jaune; les portions les plus malades étaient très-vasculaires. On trouva dans quelques places des masses formant des îles, enveloppées de kystes pourvus de vaisseaux; ces masses étaient en général indurées, mais quelques-unes étaient ramollies, leur couleur était rosée ou couleur de chair passant au gris. La transition des parties qui conservaient leur apparence naturelle aux parties malades, était brusque et marquée par une ligne rosée. Ces parties roses se trouvaient les plus voisines de la surface de l'organe; le tissu morbide passait dans son centre au jaune ou au gris, et plusieurs portions étaient dans l'état de ramollissement. Tout l'hémisphère gauche n'était en réalité pas autre chose qu'une masse d'indurations concentriques et de parties ramollies, présentant l'aspect qui vient d'être indiqué. A la partie supérieure de l'hémisphère, la maladie ne s'étendait pas tout-à-fait jusqu'à la surface des circonvolutions, mais à la base des lobes antérieurs et moyens', elle s'étendait jusqu'à la surface; il y avait même dans un point une ulcération superficielle bien circonscrite, du diamètre d'un pois.

APPENDICE

DE LA TROISIÈME PARTIE[1].

CHOIX DE FAITS DESTINÉS A METTRE EN ÉVIDENCE LES PRINCIPALES FORMES SOUS LESQUELLES SE PRÉSENTENT LES MALADIES ORGANIQUES DU CERVEAU.

SECTION I.

Première classe. — *Céphalalgie long-temps prolongée, se terminant enfin par le coma ou par un épuisement graduel.*

1er Fait. Une femme de trente-cinq ans avait une douleur fixe à la partie postérieure de la tête; sa marche était tremblante et vacillante comme celle d'une personne qui tient en équilibre un fardeau sur la tête; elle éprouvait des accidents hystériques; il y eut une rémission remarquable de tous les accidents après la formation d'un abcès axillaire, mais la douleur revint à la guérison de l'abcès, elle devint atroce, et elle eut des rémissions remarquables. De deux heures du matin jusqu'à deux heures du soir, la malade était tout-à-fait agonisante : ses yeux étaient fermés, les sourcils contractés, les mains fermées, la tête

Tumeur à la base du cervelet, naissant des deux lobes de cet organe, et descendant dans le canal rachidien dans la cavité de la dure-mère jusqu'au sixième nerf spinal. Le tissu de cette tumeur était mou comme la substance cérébrale du fœtus, et semblait se prolonger de l'intérieur du cervelet. Dans son trajet sur la moelle rachidienne, cette tumeur reposait sur l'origine des nerfs, mais ne les enveloppait pas de son tissu. (Doct. Latham, *Med. and. phys. journ.*, July, 1826.)

[1] Cet appendice se trouve dans l'original à la fin de l'ouvrage; une indication de la page, placée en tête, indique qu'il se rapporte à la troisième partie. Comme les faits qui composent cet appendice forment réellement les prémisses dont les corollaires viennent d'être exposés, il m'a paru plus convenable de le placer immédiatement après la troisième partie.

A. N. G. *trad.*

restait immobile dans la même position ; elle était incapable de souffrir le moindre bruit ou de contracter un muscle. Ces symptômes cessaient graduellement après deux heures du soir. Elle prenait de la nourriture ; vers les neuf heures elle s'endormait et dormait jusqu'à deux heures, heure à laquelle revenait le paroxysme. A mesure que la maladie se prolongeait, l'intervalle des paroxysmes devenait plus court. Quinze jours avant la mort, la douleur devint constante. Les sens restèrent entiers jusqu'à la fin. La jambe gauche se paralysa trois jours avant la mort. Cette maladie dura quatorze mois.

2ᵉ Fait. Un homme de quarante ans éprouvait une violente douleur à la partie postérieure de la tête. Cette douleur cessait parfois pour se reproduire bientôt ; elle s'accompagnait de vomissements, et occupait toujours le même siége ; on obtint à différentes fois beaucoup de soulagement par la saignée et par la salivation ; mais toujours la maladie se reproduisait avec une grande violence ; elle était surtout rapportée par le malade à un seul point, à la jonction des os temporal et occipital. Les vomissements étaient fréquents, la vision était affaiblie. La mort arriva subitement dans une des attaques de douleur. La durée de la maladie fut d'environ une année.

Dans le lobe gauche du cervelet se trouvait une tumeur d'un pouce de long sur dix de large. Cette tumeur était formée d'environ neuf couches alternatives de matière crayeuse, de fluide albumineux, et d'une matière très-ferme qui avait les propriétés de l'albumine et criait sous le scalpel. Cette tumeur était renfermée dans une cavité qui contenait aussi une matière glutineuse dure, et la substance qui l'entourait était comme du lard rance. (Prof. Nasse, *app. to Germ. trans. of doctor* Abercrombie's *papers on the brain.*)

3ᵉ Fait. Un jeune homme de vingt ans fut pris d'une violente

Une tumeur du volume d'un œuf de pigeon, dure

douleur frontale. Cette douleur se renouvela par paroxysmes qui continuaient, en général, quatre jours, et étaient suivis d'une rémission incomplète qui durait environ le même temps; il périt subitement pendant la nuit, au bout de deux ans, avec des convulsions.	à son centre et molle à l'extérieur, existait dans la substance du cervelet, qui du reste était dans l'état sain. (Planque, *Biblioth.* t. III, p. 348.)
4ᵉ Fait. Un homme de cinquante ans avait une céphalalgie susorbitaire constante avec de fréquents vomissements, les autres fonctions s'exécutaient bien. Le coma s'établit trois jours avant la mort, qui survint par épuisement graduel après trois mois de maladie.	Une tumeur de deux pouces de long, couverte par la dure-mère naissait de la selle turcique, les ventricules étaient distendus par de la sérosité. (*Observ. communiquée, par* M. William Brown.)
5ᵉ Fait. Un homme de cinquante-cinq ans avait une douleur lancinante au côté droit de la tête. Cette douleur avait par intervalles des exacerbations; au bout de deux mois, le coma se manifesta, et fut terminé par la mort.	On trouva dans la substance de l'hémisphère droit, à la partie externe de la couche optique, une masse de la consistance du squirrhe, de quatre pouces de long sur deux ou trois pouces de large. Cette masse contenait de petites cellules remplies d'une matière gélatineuse. (Bouillaud, *Trait. de l'Enceph.*)
6ᵉ Fait. Un enfant de quatorze ans avait depuis deux mois une violente céphalalgie, lorsqu'il fut pris de convulsions qui furent suivies de coma, et de la mort le huitième jour.	Une tumeur du volume d'une noix, d'une couleur rosée, d'une consistance comme graisseuse, se trouvait derrière la partie postérieure de la moelle allongée. Une autre tumeur plus petite était dans le lobe gauche du cervelet. De la sérosité était épanchée dans les cavités cérébrales; les glandes du mésentère

étaient malades, les petits intestins contenaient des ulcérations. (Mérat, *Journ. de Méd.*, t. x.)

7e Fait. Un homme de trente-cinq ans fut pris d'une violente céphalalgie qui devenait quelquefois si intense qu'elle l'obligeait de rester pendant un temps considérable dans la même position, incapable du moindre mouvement. Il éprouvait en même temps des symptômes de consomption ; il mourut au bout de sept mois dans un état de marasme complet.

Les ventricules cérébraux contenaient trois onces de liquide, une tumeur consistante, du volume d'un œuf de pigeon, se trouvait au milieu de la partie supérieure de l'hémisphère droit, renfermée dans un kyste rougeâtre et jaunâtre intérieurement. Une tumeur plus volumineuse présentant les mêmes caractères se trouvait dans le lobe gauche du cervelet. Le thorax et l'abdomen offraient des traces de maladie. (Mérat, *ut suprà.*)

8e Fait. Un homme de cinquante-huit ans était sujet depuis quinze ans à des attaques de douleur aiguë dans la tempe droite, s'étendant au côté droit de la tête et de la face : la première attaque continua trois semaines ; la douleur se reproduisit ensuite par paroxysmes très-variables dans leur durée, et revenant à des intervalles très-irréguliers. Après quinze ans de l'invasion des premiers accidents, le malade fut pris d'une violente attaque, qui dura deux mois, et finit par le coma et par la mort. Quelques jours avant la mort : il survint une paralysie du côté gauche et de la paupière droite.

A la partie externe et au niveau de la couche optique droite se trouvait une tumeur d'une couleur grise rougeâtre dans la substance du cerveau ; cette tumeur avait quatre doigts d'épaisseur dans son plus grand diamètre et deux ou trois dans son plus petit ; elle était formée en partie d'un tissu dur, et en partie de cellules qui contenaient une matière gélatineuse. (Andral, *Journ. de Physiol.*)

9e Fait. Un officier, âgé de trente-trois ans, fut pris d'une

Les ventricules cérébraux contenaient trois

légère douleur à la tête et d'une confusion dans les idées avec un dérangement d'appétit. Au bout de dix semaines, il eut des nausées et de la douleur dans les globes des yeux. Il fut alors blessé à la tête; il perdit beaucoup de sang, il y eut une exfoliation du crâne; il se trouva ensuite beaucoup mieux qu'il n'avait été depuis plus d'un an. Mais il fut pris bientôt de céphalalgie, d'insomnie, de fluxion de sang vers la tête et d'ophthalmie. Il se rétablit au bout de trois mois sans cesser cependant d'avoir toujours de la céphalalgie. Cette douleur fit des progrès graduels; elle était quelquefois circonscrite à un point étendu de l'occiput, et quelquefois elle s'étendait à toute la tête. Cette douleur était beaucoup augmentée par le mouvement, qui produisait un bruit douloureux dans la tête, et par les efforts d'excrétion des matières fécales. La douleur devint à la fin atroce, elle s'accompagna d'engourdissement dans la main gauche. Un délire subit se manifesta ensuite, puis le malade tomba dans le coma, qui se termina par la mort au bout de trois jours. La durée de la maladie fut de trois ans. onces de sérosité. Au siége de la glande pinéale, un peu sur le côté droit, se trouvait une tumeur du volume d'une noix muscade; intérieurement, la substance de cette tumeur était comme caséeuse, mais elle était organisée; le cervelet était ramolli. (G. Blane, *Trans. of a. Soc.* vol. II.)

10ᵉ Fait. Une femme de quarante ans éprouvait une vive douleur lancinante à l'occiput. Cette douleur diminuait d'abord vers le soir, elle n'eut ensuite aucune rémission. La malade était, d'ailleurs, constamment dans un état de malaise; elle eut ensuite Il y avait à la partie postérieure de chacun des deux lobes postérieurs des hémisphères, un tubercule mou du volume d'une noisette. Le lobe gauche du cervelet était presque entièrement détruit par

des vomissements, et rejeta tout ce qu'elle prenait. Elle mourut en quatre mois par épuisement graduel.

le ramollissement d'une semblable tumeur qui en occupait l'intérieur. Le tissu cérébelleux environnant était induré. Il y avait trois onces de fluide dans les ventricules. (Doctor Chalmers, *Med. and phys. Journ.* july 1826.)

Il est inutile de multiplier les faits de cette espèce, ils présentent peu de variétés dans les phénomènes morbides. Dans une observation recueillie par M. Willis, il y avait une tumeur de trois pouces de large, adhérente aux membranes à côté du troisième sinus. Saviard a trouvé à la jonction des sutures lambdoïde et sagittale, à la partie la plus large de la faux, une petite pièce d'os triangulaire à angles très-aigus. Au point où ces angles étaient en contact avec la dure-mère, cette membrane était livide et présentait un peu de pus. Chez une femme dont a parlé Borelli, on trouva près du confluent des sinus une masse irrégulière, dense, rugueuse, de consistance pierreuse, garnie d'angles et d'irrégularités aiguës, et dans un cas recueilli par Schenkius, une tumeur pierreuse ressemblant à une mûre, fut trouvée dans le cerveau d'un homme qui souffrait depuis long-temps d'une céphalalgie continue et intense qui ne lui laissait aucun repos ni jour ni nuit. On peut aussi consulter les faits que nous avons rapportés en parlant des tubercules du cerveau, et particulièrement ceux des observations LXXXI et LXXXVIII ; on y trouvera des exemples de maladies organiques cérébrales, avec des rémittences remarquables de la douleur.

SECTION II.

Deuxième classe. — *Céphalalgie, lésions des sens, de la parole ou des facultés intellectuelles.*

11e Fait. Un homme de quarante-deux ans, après s'être ex-

A la partie antérieure de l'hémisphère droit se

posé au soleil en suivant une procession la tête découverte, fut pris d'une céphalalgie qui devint intermittente et fut traitée par le quinquina. Cette céphalalgie cessa au bout de six semaines, mais il resta une amaurose. La fièvre survint et le malade mourut.

trouvait une masse squirrheuse du volume d'une noix, entourée d'un ramollissement étendu de la substance cérébrale : les couches optiques étaient saines; les nerfs optiques étaient racornis. (Cruveilhier, *Nouv. bibl. médic.*, nov. 1825.)

12e Fait. Un homme de quarante-sept ans fut pris d'une céphalalgie avec pesanteur de tête qui augmentait lorsqu'il se baissait. Cette maladie commença en mai 1816, et augmenta graduellement, malgré des émissions sanguines copieuses. Au mois d'août, la vue commença à s'affaiblir, et il y eut des vertiges. Au mois de septembre, il ne put plus voir les objets qu'à une très-vive lumière; au mois de décembre, il fut complètement aveugle : la douleur persistait toujours avec intensité. Au milieu de janvier, il tomba dans la stupeur et perdit la mémoire; il mourut dans le coma le 31 janvier.

Une tumeur du volume d'un gros œuf était fixée à la tente du cervelet, et disposée de manière qu'une partie se trouvait au-dessous et l'autre au-dessus de la tente. La faux pénétrait dans la substance de cette tumeur par sa partie supérieure. A l'intérieur, cette tumeur présentait un tissu dense qui ressemblait au tissu du rein. Les ventricules contenaient quatre onces de sérosité. (*Extrait des notes de l'auteur.*)

13e Fait. Un officier qui avait été long-temps au service, eut une violente céphalalgie qui se calma et laissa un sentiment de tension au travers du front. Après six à huit mois, il perdit la vue de l'œil droit et ensuite de l'œil gauche. La vue de l'œil gauche se rétablit par l'action d'un émétique; mais elle cessa de nouveau au bout d'une heure. La cécité resta complète. Les pupilles étaient insensibles, mais le malade n'éprouvait au-

Les ventricules contenaient quatre onces de fluide. Une tumeur du volume d'un œuf de poule, remplie d'un liquide épais purulent, se trouvait sous la partie antérieure du cerveau, et était interposée entre les nerfs optiques qui se trouvaient ainsi très-écartés l'un de l'autre. Cette tumeur adhérait en dessous à la glande pituitaire qui

eun autre accident qu'un dérangement dans les fonctions de l'estomac; il avait fréquemment des envies de vomir. Il mourut dans le coma au bout de deux ans.

était très-molle et avait cinq à six fois son volume naturel. (D. Powel, *Med. Trans.* vol. v.)

14ᵉ Fait. Un homme de trente ans fut pris d'une atroce céphalalgie après un excès de travail dans les prés. Il rapportait surtout la douleur au front, d'où elle s'étendait derrière l'oreille gauche. Cette douleur affectait quelquefois aussi le côté droit de la tête et parfois la nuque; elle augmenta beaucoup d'intensité pendant la nuit. La cécité survint au bout de six ou sept semaines; deux mois après il survint une attaque d'apoplexie; la mort arriva au bout de deux jours.

Une tumeur du volume d'une grosse noix naissait de la partie inférieure du lobe antérieur de l'hémisphère gauche. Le tissu de cette tumeur ressemblait à celui d'une glande absorbante. La plus grande partie de la substance médullaire de l'hémisphère gauche était réduite en une pulpe molle, d'une couleur brune-claire. (D. Powel, *Med. Trans.* vol. v.)

Les symptômes sont presque les mêmes dans tous les cas de cette classe : douleur fixe à la tête, et perte graduelle de la vue. Les fonctions intellectuelles s'altèrent fréquemment dans les périodes avancées, et fréquemment aussi la parole devient gênée. Nous avons déjà rapporté un cas dans lequel il y eut perte de la vue d'un œil, et perte de la parole par suite de la présence d'une tumeur enkystée, contenant une matière albumineuse, à la partie postérieure de l'hémisphère gauche (*Voyez* l'observation LXXXIX). Dans un fait, rapporté par Plater, dans lequel la mort arriva par une consomption graduelle, il y avait une tumeur plus grosse qu'un œuf, qui comprimait l'origine des nerfs optiques. Sur le sujet d'une observation de Drelincurtius, il y avait une tumeur stéatomateuse du volume du poing entre le cerveau et le cervelet. Il y avait à la fois dans ce cas cécité et surdité; la mort arriva subitement par une attaque d'apoplexie. Dans un autre cas rapporté par le même

auteur, la glande pinéale était tuméfiée au point qu'elle avait le volume d'un œuf; elle était devenue crayeuse ou pierreuse. M. Bouillaud a observé un affaiblissement de la vue et de la gêne dans la parole, en même temps que la perte de la mémoire des noms, chez un malade qui avait une tumeur du volume d'une grosse noix à la partie antérieure de l'hémisphère gauche.

SECTION III.

Troisième classe. — *Céphalalgie avec affection des sens et convulsions.*

15ᵉ Fait. Une petite fille de onze ans était depuis long-temps sujette à de la céphalalgie avec faiblesse de la vue et sensibilité particulière des téguments du crâne; dans l'automne de 1814 elle se blessa au front par suite d'une chute; de ce moment elle souffrit beaucoup de céphalalgie, et elle eut de fréquentes épistaxis. A la fin de décembre la céphalalgie augmenta, s'accompagna de fièvre et d'impossibilité de supporter la lumière et le bruit; la malade fut prise de strabisme et de paroxysmes de convulsions qui, pendant quelque temps, revinrent toutes les demi-heures. En mars 1815, son état s'améliora d'une manière remarquable, et pendant près d'un an elle continua à se trouver mieux par rapport aux accidents cérébraux, mais elle était affectée d'ulcérations scrophuleuses au col et à la jambe. En mai 1816, la céphalalgie et l'impossibilité de supporter la lumière et le jour augmentèrent. Le strabisme persista;

Une tumeur du volume d'une noix reposait sur la selle turcique, et comprimait la jonction des nerfs optiques. Cette tumeur était formée par une substance médullaire de couleur jaunâtre, et était couverte par une membrane fine et délicate. (*Observat. communiquée par le doct.* Hay.)

la vue s'éteignit graduellement, elle devint enfin tout-à-fait aveugle au mois de juillet. Elle mourut en octobre; son intelligence continua jusqu'à la fin sans être altérée. La finesse remarquable de l'ouïe et l'impossibilité de supporter le bruit continuèrent jusqu'à la fin.

16e Fait. Un jeune homme de quinze ans ressentait une douleur profonde dans la tête. Au bout de six mois sa parole devint inarticulée. Il eut ensuite trois attaques de convulsions, qui durèrent chacune de dix à quinze minutes; la dernière fut suivie d'une paralysie du côté droit qui disparut le lendemain. Il mourut dans le coma, après avoir eu pendant un autre mois des attaques répétées de convulsions; une céphalalgie intense avec impossibilité de supporter la lumière, ensuite dilatation des pupilles, de la surdité, la paralysie des paupières, une grande difficulté dans la prononciation, et du délire.

Les ventricules contenaient quatre onces de liquide; une tumeur du volume d'une fève occupait le côté gauche du pont de Varole. La substance cérébrale environnante était ramollie et approchait de l'état de suppuration. (Coindet, *sur l'Hydrocéphale*, p. 98.)

17e Fait. Une jeune domestique était depuis long-temps sujette à une céphalalgie qui, lorsque la malade eut atteint sa dix-neuvième année, devint très-intense, et se reproduisait en général périodiquement quatre fois par mois et quelquefois même plus souvent. Lorsqu'elle fut arrivée à vingt-un ans, la céphalalgie devint permanente et plus violente; elle eut en même temps de fréquents vomissements et parfois des accès d'insensibilité. Elle eut dix attaques de vision double, et

Par toute la substance des deux hémisphères et dans les corps striés, se trouvaient de nombreux tubercules qui avaient le volume de pois : extérieurement ils étaient crus, et contenaient à leur centre une petite cavité remplie d'un fluide verdâtre épais. On recueillit vingt-un de ces tubercules. La substance du cerveau était saine. Les corps striés étaient considérablement

ensuite des convulsions qui revinrent d'abord tous les cinq ou six jours, et ensuite tous les deux ou trois jours. Environ trois mois après le commencement des convulsions, on la trouva un matin morte dans son lit.

ramollis. (Profess. Nasse, *App. to Germ. trans. of a doct.* Abercrombie's *papers on the brain.*)

18e Fait. Une femme de dix-neuf ans fut prise de céphalalgie, de vertiges, d'injection des conjonctives. Elle tombait dans des accès d'insensibilité sans convulsions. Ces accès se renouvelaient toutes les trois semaines, il en survenait alors deux à douze heures d'intervalle. Au bout de huit ou neuf mois, ces attaques augmentèrent d'intensité. Elle perdit alors l'ouïe, la vue et l'odorat; la parole et la déglutition devinrent très-gênées. Bientôt après elle mourut apoplectique.

Une hydatide de trois pouces de longueur sur deux pouces de largeur, pénétrée d'un très-grand nombre de vaisseaux, occupait le centre de l'hémisphère droit; le cerveau était d'ailleurs sain. (Yelloly, *Med. chir. trans.* vol. 11.)

19e Fait. Un homme de vingt-quatre ans fut atteint d'une violente céphalalgie avec insomnie et faiblesse de tête. L'œil gauche se perdit, et au bout d'un mois, le droit; il se manifesta ensuite pendant six mois des attaques de convulsions qui cessèrent ensuite. Il mourut d'affection thoracique.

Les poumons étaient malades au plus haut degré. Il y avait un épanchement séreux cérébral abondant. Dans la substance de l'hémisphère gauche existait une tumeur plus volumineuse qu'un œuf, et qui pesait quatorze drachmes. Cette tumeur était enveloppée par un kyste très-fin. Le tissu de cette tumeur était entièrement blanc, ferme et homogène; il ressemblait à de l'albumine coagulée, mais il était plus dense. (Félix Plater, *lib.* 1, *Obs* 108.)

20e Fait. Un enfant de quatre ans ne pouvait encore marcher. Il articulait très-imparfaitement,

Les corps olivaires, les pédoncules du cervelet et les tubercules mammil-

et son intelligence était nulle. Sa déglutition devint très-difficile, les liquides qu'il avalait revenaient souvent par la bouche et par le nez. La respiration était gênée, et il survenait de fréquentes convulsions. Il conservait un embonpoint normal; il mourut après une année de cet état.

laires avaient une dureté cartilagineuse; le reste de l'encéphale était sain. (*Note de l'auteur.*)

21e Fait. Une femme de vingt-trois ans fut prise, après une suppression de menstrues, d'une violente céphalalgie, d'un affaiblissement de la vision qui se convertit en cécité complète au bout de quelque temps. Elle eut des attaques de convulsions répétées, et elle perdit la parole pendant deux jours après une de ces attaques; l'intelligence était entière; elle mourut dans le coma au bout de quatre mois.

Trois plaques dures de chacune un pouce de diamètre existaient à la surface de l'hémisphère droit; ces plaques étaient les surfaces de masses tuberculeuses qui s'étendaient dans la substance médullaire du cerveau. Un semblable tubercule occupait la substance de l'hémisphère, et un autre plus petit se trouvait à la surface de l'hémisphère gauche; il y avait un léger épanchement dans les ventricules. (Powel, *Med. trans.* vol. v.)

22e Fait. Une dame de quarante ans, de constitution scrophuleuse, perdit graduellement la mémoire, la vue et l'ouïe. Sa parole devint inarticulée. Des paroxysmes épileptiques se manifestèrent une fois tous les quinze jours d'abord, et ensuite plus fréquemment; sa démarche était faible et chancelante; elle mourut au bout de six mois. Un an avant sa mort, elle avait fait une chute dans un escalier.

Une tumeur du volume d'une petite orange reposait sur la portion pierreuse de l'os temporal gauche, et se prolongeait vers le côté droit. Cette tumeur avait profondément pénétré la substance du cerveau. La septième paire de nerfs et les branches de la cinquième étaient comprimées et aplaties par la tumeur. Cette tumeur consistait intérieurement en une substance homogène molle qui ressemblait à la

substance cendrée du cerveau. *(Obs. communiquée par le doct.* Hay.)

23[e] FAIT. Un homme de vingt-six ans avait une violente céphalalgie qui devenait intolérable lorsqu'il se couchait sur le côté gauche. Cette douleur revenait par accès avec des vertiges; au bout de plusieurs mois, la douleur augmenta, et s'accompagna d'affaiblissement dans la vision avec dilatation des pupilles. Il survint ensuite des paroxysmes de vertiges avec cécité, perte de la parole, et roideur dans les membres. La vision devint ensuite double; une vive douleur se manifesta au cou, et s'accompagna d'accès de convulsions qui affectaient les muscles du cou et entraînaient violemment la tête en arrière. Deux mois après il eut de l'engourdissement et des mouvements spasmodiques des extrémités supérieures. La mort arriva subitement dans un accès épileptiforme le septième ou le huitième mois.

Une tumeur dure de deux pouces de long sur un pouce et demi de large, était fort adhérente à la tente, et pénétrait dans le lobe postérieur de l'hémisphère gauche. Cette tumeur contenait une once de pus verdâtre; la substance cérébrale environnante était ramollie. Dans le point où la tumeur reposait sur l'os occipital, la dure-mère était usée et l'os était rugueux. Les ventricules contenaient deux onces de fluide. (Clerk, *Edimb. journ.* VI, p. 275.)

24[e] FAIT. Un homme de trente-cinq ans fut pris de céphalalgie et d'un sentiment de pesanteur dans la tête qui durèrent deux ans; il survint des épistaxis copieuses; l'odorat se perdit ensuite. Il survint après, pendant deux années, de fréquents accès d'épilepsie. Il mourut subitement.

La substance cérébrale, à la partie antérieure de l'hémisphère droit, était sèche et dure, et adhérait étroitement à la dure-mère. Il y avait un épanchement de sang du côté gauche. (Morgagni, *Epist. anat. med.* 9.)

25[e] FAIT. Un homme dont l'âge n'est point indiqué fut pris d'une violente céphalalgie suivie d'amaurose et d'accès épileptiques qui revenaient presque tous les

Sur la surface interne du pariétal gauche était une tumeur osseuse et spongieuse, de trois pouces de largeur et de plus d'un

jours. Il mourut dans une attaque d'apoplexie.

pouce d'épaisseur. (Wepfer.)

SECTION IV.

QUATRIÈME CLASSE. — *Convulsions sans dérangement des sens; intelligence quelquefois affaiblie.*

26ᵉ FAIT. Un homme de soixante ans était épileptique depuis six années, et avait perdu la mémoire. Il mourut subitement.

Une hydatide du volume d'un œuf de pigeon occupait la partie postérieure de l'hémisphère droit; elle contenait un fluide jaunâtre en partie gélatineux; la substance cérébrale au-dessous d'elle était endurcie. (Lancisi, *De subit. mort.* cap. XI.)

27ᵉ FAIT. Un enfant de seize mois, qui se portait bien, fut pris de convulsions qui affectaient particulièrement et d'une manière très-intense le côté droit. Le soir du même jour il eut une deuxième attaque, après laquelle il resta avec de la fièvre, la cécité et la perte de la faculté d'avaler. Il resta dix jours dans cet état, un nouvel accès de convulsions survint, après lequel la vision et la déglutition se rétablirent graduellement. De ce moment il conserva un certain degré de paralysie du côté droit, mais sous d'autres rapports cet enfant se porta bien pendant quatre ans. Il eut alors des attaques d'épilepsie qui se renouvelèrent d'abord une fois tous les deux mois, mais qui devinrent ensuite graduellement plus fréquentes. Après un intervalle beaucoup plus long que d'ordinaire, quelques semai-

A la surface du cerveau, sous le pariétal gauche, existait une tumeur du volume d'un œuf située entre la pie-mère et l'arachnoïde. La substance de cette tumeur était intérieurement blanche et comme gélatineuse; mais elle était très-ferme et du fluide séreux s'en écoulait sous le scalpel. Il n'y avait aucun épanchement. (*Communiqué par le doct.* Beilby.)

nes avant sa mort, l'attaque fut déterminée par une frayeur; elle se renouvela ensuite très-fréquemment et devint enfin fatale: l'enfant avait alors douze ans; son côté droit était resté faible, et au moment de sa mort l'extrémité inférieure droite était plus courte que l'autre de trois pouces [1]; l'intelligence était si faible que cet enfant ne put jamais apprendre à lire.

28e Fait. Un homme de quarante ans, conducteur de voiture publique, fut renversé de son siége derrière la voiture, et se fit une blessure à la tête, pour laquelle il garda le lit pendant plusieurs semaines. Quand il fut rétabli il devint épileptique; les accès se reproduisaient en général toutes les cinq à six semaines. Deux ans après il tomba de son siége derrière la voiture dans l'un de ces accès; il se fit plusieurs plaies desquelles il mourut en peu de jours.

La dure-mère était épaissie en plusieurs points. A la surface de la portion épaissie se trouvaient plusieurs petits fragments d'os du volume de pois, très-irréguliers, à leur surface. (*Communiqué par le doct.* Hunter.)

29e Fait. Un enfant de vingt mois ne présentait d'autre symptôme remarquable qu'un mouvement continuel de la tête de droite à gauche; il était pâle et sans fièvre et ne semblait pas souffrir; il mourut émacié.

Dans le lobe droit du cervelet existait une tumeur enkystée du volume d'une noisette, qui contenait de nombreuses petites concrétions dures comme des concrétions osseuses. (Andral, *Journ. de Physiologie.*)

30e Fait. Une femme de cinquante ans était épileptique de-

La tumeur était formée par la substance de la du-

[1] Cette circonstance du moindre développement du membre paralysé, qui d'ailleurs s'observe constamment dans les cas de cette espèce, prouve bien que l'action nerveuse cérébrale influe sur la nutrition, et que cette fonction n'est pas exclusivement, comme on le soutient aujourd'hui, sous l'influence du système circulatoire à sang rouge. A. N. G., *trad.*

puis trente années; elle eut une toux qui excitait une douleur vive sous la partie supérieure de l'os occipital. Elle reçut dans un de ses accès épileptiques une violente contusion sur ce point; il en résulta une douleur constante; au bout de six semaines une tumeur pulsative se montra en ce lieu. La pression faisait rentrer cette tumeur dans le crâne, et il en résultait du coma. Après plusieurs mois il se manifesta une paralysie du bras droit et des deux membres inférieurs; la mort arriva presque aussitôt après.

re-mère; elle s'étendait en dedans dans une cavité creusée sur l'hémisphère gauche, et extérieurement au travers d'une ouverture de l'os de deux pouces de long sur un et demi de large. Autour de ce point la dure-mère était remarquablement vasculaire. (Marigues, *Mém. de Chirurgie*, p. 26.)

31ᵉ Fait. Une femme de quarante-trois ans fut prise de céphalalgie et de mouvements spasmodiques dans les membres; au bout de sept mois elle fut confinée au lit. Elle eut alors de violents paroxysmes de céphalalgie avec perte de la mémoire, et de fréquentes attaques de convulsions qui revinrent à la fin plusieurs fois par jour. Elle mourut subitement dans un de ces accès six ou sept semaines après qu'elle fut confinée au lit.

Les ventricules contenaient quatre onces de sérosité. Un tubercule du volume d'une noix existait dans le lobe gauche du cervelet. Le tissu cérébelleux environnant était très-ramolli. (Rochoux, *sur l'Apoplexie.*)

Il n'est pas nécessaire d'insister sur les détails des faits de l'espèce de ceux que nous venons de présenter. On reconnaît chez ces malades les symptômes ordinaires des paroxysmes épileptiques revenant à des intervalles variables et avec différents degrés d'intensité, accompagnés quelquefois de violents accès de céphalalgie, et d'autres fois ne présentant que peu de gêne vers la tête. La mort arrive subitement dans quelques cas dans un des accès, quelquefois elle est précédée de coma.

Les altérations trouvées dans le cerveau dans ces cas sont

variables. Portal a observé une induration remarquable du pont de Varole; Sandifort a trouvé trois tubercules dans la dure-mère près de la suture sagittale du côté droit, et, sur la partie antérieure de l'hémisphère droit, une tumeur sébacée du volume d'une noix. Dans un cas rapporté par Lieutaud, il existait sept tumeurs sarcomateuses près du sinus longitudinal; et dans un autre, une tumeur glanduleuse du volume d'une fève se trouvait dans la substance du corps strié droit. Sur un jeune homme dont a parlé Poupart, chez lequel les accès revenaient une fois par semaine, une substance blanche, épaisse, plus dense que de la gelée, se trouvait sous la dure-mère. De La Motte a recueilli ce fait d'un homme qui périt d'un abcès des poumons après avoir été épileptique pendant plusieurs années. Plusieurs pointes osseuses furent trouvées entre la dure-mère et la pie-mère; ces pointes étaient dirigées du côté de la pie-mère. Van-Swiéten a rapporté des cas semblables; dans l'un il y avait une ossification irrégulière d'un pouce de long sur un demi-pouce de large dans la substance du cervelet. Chez une personne dont le docteur Anderson de Leith a rapporté l'histoire, et qui devint épileptique après un violent coup sur la partie postérieure de la tête, la partie postérieure du cerveau fut trouvée enflammée et très-endurcie; les membranes correspondantes étaient épaissies. L'épilepsie se présente quelquefois avec cette circonstance que les mouvements convulsifs sont confinés à un seul côté du corps; dans un cas de cette espèce, le docteur Anderson a trouvé une portion du cerveau du côté opposé fort endurcie avec adhérence et épaississement des membranes. La même forme dans les symptômes s'est présentée dans l'observation que nous avons empruntée au docteur Beilby. Chez un homme qui fait le sujet d'une observation de Lieutaud, le cours des accidents différa à quelques égards des affections épileptiques. Il eut une violente céphalalgie qui dura trois mois, et ensuite de

vives convulsions qui se terminèrent rapidement par la mort. Le sinus longitudinal intérieurement et extérieurement était couvert d'innombrables granulations très-petites; de semblables petits corps se trouvaient dans les plexus choroïdes. Dans le quatrième ventricule se trouvait une tumeur du volume d'un œuf, formée par la réunion d'innombrables petits corps glanduleux qui passaient à la suppuration. La même altération occupait la presque totalité du cervelet.

SECTION V.

Cinquième classe. — *Symptômes cérébraux avec paralysie.*

§. I. *Hémiplégie.*

32e Fait. Une femme de soixante-dix-sept ans fut prise de violentes convulsions du bras gauche, qui se reproduisirent tous les deux ou trois jours pendant dix semaines, et s'accompagnèrent de faiblesse dans le bras. La faiblesse s'étendit alors à la jambe, l'hémiplégie devint graduellement complète, les convulsions cessèrent alors; la parole se perdit ensuite, mais les facultés intellectuelles restèrent entières. Elle mourut au bout de onze mois sans aucun autre accident.

Une masse cancéreuse, dure et jaune, du volume d'un œuf de canard, formée de plusieurs lobes, se trouvait dans la substance de l'hémisphère droit. (Rostan, *Ramollissement du cerveau.*)

33e Fait. Un enfant de onze ans fut subitement pris d'un obscurcissement de la vue qui tendait à la cécité. Cet accident disparut en quelques minutes, mais de ce moment sa vue s'affaiblit graduellement et se perdit complétement au bout d'une année. Une affection qui ressemblait à la chorée se manifesta alors, et peu de temps après il eut une attaque qui le priva de la parole

Sur la surface de l'hémisphère cérébral gauche les membranes adhéraient fortement sur le lobe moyen du cerveau; en les détachant à cette place on détermina l'écoulement d'une grande quantité de liquide qui sortait du kyste d'une immense hydatide contenue dans le ventricule latéral gauche et qui

pendant trois jours; tous ces accidents furent suivis d'une hémiplégie du côté droit. Il se plaignait beaucoup de la tête, qui semblait à ceux qui l'entouraient avoir augmenté de volume. Il perdait de temps en temps la parole pour deux ou trois jours. Les facultés intellectuelles n'étaient pas altérées, elles devenaient même parfois très-développées. Il mourut après un coma qui dura cinq semaines, une année environ après l'attaque d'hémiplégie, et deux ans après le début de la maladie.

s'était peu à peu rapprochée de la surface du cerveau. Ce kyste contenait environ seize onces de liquide limpide; il y avait en outre plusieurs onces de sérosité dans la cavité propre du ventricule. (*Observation communiquée par M.* Headington *de Londres.*)

34e Fait. Un homme de soixante-trois ans eut après un coup à la tête de la céphalalgie, et une sensation de pesanteur à la tête. Ces accidents revinrent d'abord par accès; ils furent ensuite permanents, et s'accompagnèrent de faiblesse du côté droit et de perte passagère de la mémoire. Ces symptômes augmentèrent graduellement d'intensité jusqu'à l'hémiplégie complète du côté droit avec perte de la parole, déviation de la bouche à gauche, et faiblesse considérable de l'intelligence. La mort arriva après plus de deux ans par un état comateux qui dura une semaine.

Une tumeur dure, d'un rouge brunâtre, du volume d'un œuf, était située à la partie extérieure et antérieure de l'hémisphère gauche. Cette tumeur était remplie de sang, qui dans quelques points semblait contenu en elle comme il l'est dans la rate; il formait en d'autres points des petits caillots très-denses d'une ligne et plus de diamètre. Cette tumeur adhérait étroitement à la dure-mère et à l'arachnoïde, qui était rouge et épaissie au point où elle recouvrait la tumeur. Cette tumeur pénétrait inférieurement dans la substance de l'hémisphère, qui était ramollie; il y avait une once de liquide dans les ventricules. (Rochoux, *Recherches sur l'Apoplexie.*)

35e Fait. Un enfant de treize ans fut pris de céphalalgie et

L'hémisphère droit contenait dans son épaisseur

d'hémiplégie du côté gauche, cinq à six semaines avant sa mort. Il perdit la parole et la mémoire, les membres paralysés devinrent roides; il eut parfois de la douleur dans la jambe paralysée, des tremblements des deux bras et des symptômes tétaniques.

un tubercule de la grosseur d'un œuf et cinq ou six autres plus petits. Il y en avait quatre du diamètre de châtaignes dans l'hémisphère gauche, plusieurs de ces tubercules étaient suppurés; du pus était déposé entre l'arachnoïde et la pie-mère, et un fluide trouble était épanché dans les ventricules. (Bouillaud, *Traité de l'Encéphalite.*)

36ᵉ FAIT. Un homme de trente-six ans avait parfois de vives attaques de céphalalgie violente caractérisée par des élancements d'arrière en avant de la tête. Au bout de quelques mois sa vue devint double; de ce moment le côté droit se paralysa graduellement, la bouche se dévia, et la parole devint inarticulée; l'œil gauche se tourna vers le nez. Le pouls restait naturel. Deux mois environ après le début de cette paralysie, il fut atteint de convulsions et mourut en vingt-quatre heures.

Une tumeur du volume d'une noisette se trouvait sur le côté gauche de la protubérance annulaire et pénétrait dans cette partie. Cette tumeur s'étendait à l'éminence pyramidale gauche, la comprimait ainsi que le nerf abducteur; elle adhérait étroitement à l'artère basilaire, qui contenait en ce point un petit caillot, les tuniques de ce vaisseau étaient très-ramollies. Cette tumeur était dans un état de suppuration incomplète. (Yelloly, *Med. Chir. Trans.* t. 1, p. 181.)

Les affections cérébrales de l'espèce de celle dont on vient de rapporter des exemples, présentent peu de variations dans leurs symptômes, lesquels sont en général de la céphalalgie avec ou sans dérangement de la vue : au bout de quelque temps, faiblesse d'un côté, qui augmente progressivement jusqu'à la paralysie complète. Dans une observation rapportée par Bonet, et dans une autre exactement semblable de Blancardus, il existait une tumeur de trois pouces de long adhérente à la paroi latérale du troisième

sinus. Un homme dont a parlé M. Gooch, eut, avec des symptômes nerveux variés, une douleur très-vive dans un bras, commençant à l'extrémité des doigts, et s'élevant progressivement jusqu'à l'insertion du deltoïde, le bras finit par se paralyser, et aussitôt après le malade mourut de convulsions. Il y avait à la surface du cerveau, au côté opposé à celui qui était affecté, deux petites tumeurs enkystées. Dans le sujet d'une observation de M. Bouillaud, qui mourut après une hémiplégie incomplète prolongée du côté droit, avec beaucoup de dérangement de la parole et diminution des facultés intellectuelles, on trouva une tumeur du volume d'un œuf dans le lobe antérieur de l'hémisphère gauche, et une autre plus petite dans le lobe moyen. Ces tumeurs étaient celluleuses à l'intérieur, et contenaient du sang mêlé avec une substance filamenteuse et une matière qui ressemblait à du pus concret [1].

§. II. *Paraplégie.*

37e Fait. Un homme de quarante-deux ans avait depuis un an une céphalalgie aiguë, qui fut suivie de paraplégie. Il mou-

Le lobe gauche du cervelet était presque entièrement squirrheux. Le tissu morbide était de cou-

[1] Cette disposition celluleuse des tumeurs contenues dans le cerveau est un état secondaire qui résulte du travail de résorption dont elles ont été le siége. Un épanchement de sang se fait dans la substance cérébrale, ou une infiltration purulente s'y opère par suite d'inflammation, ou enfin un ramollissement y survient. Dans les trois cas, un kyste pseudo-membraneux plus ou moins inégal s'organise aux limites du foyer, la résorption se fait progressivement, et il ne reste dans ce kyste que la trame celluleuse du cerveau. Cette trame s'endurcit quelquefois et devient comme cellulo-fibreuse; d'autres fois elle conserve sa mollesse et l'élasticité propre au tissu cellulaire. Ce tissu cellulaire, dernier débris de la maladie locale du cerveau, est lui-même le siége d'une exhalation et d'une résorption séreuse habituelle, laquelle devient quelquefois trop abondante, et produit un foyer séreux qui amène des accidents; quelquefois du sang, ou, par suite d'un état phlegmasique chronique, une matière comme gélatineuse ou même purulente, s'y dépose et devient ainsi la cause de nouveaux phénomènes morbides. A. N. G., *trad.*

rut subitement au bout de cinq mois.

leur de chair pâle; il semblait composé de petits corps nombreux très-compactes rapprochés au point de ne laisser aucun interstice et n'offrant aucune apparence vasculaire. (Morgagni, *Epist. anat. med.*, 62, art. 15.)

38ᵉ Fait. Un homme de trente-cinq ans éprouvait à l'occiput une douleur fixe qui s'étendait à la région cervicale. Il avait parfois des vertiges et des malaises; au bout de cinq mois il fut pris d'hémiplégie du côté gauche et de faiblesse de la vision. L'hémiplégie diminua graduellement, et au bout de cinq ou six mois il devint sujet à des accès de stupeur qui étaient précédés d'une violente douleur et de vertiges, et qui revenaient quelquefois vingt fois par jour. L'œil droit se perdit; la mémoire s'éteignit; il survint ensuite une paraplégie, et quinze jours avant la mort une paralysie des extrémités supérieures. La durée de la maladie fut d'un an et huit mois.

A la surface du pont de Varole existaient deux tumeurs triangulaires presque réunies par leur sommet; la base de l'une s'étendait dans le pédoncule cérébral droit, et celle de l'autre dans la moelle allongée: la maladie pénétrait dans la substance du pont de Varole. Il y avait beaucoup de sérosité épanchée sous l'arachnoïde. (*Edimb. Journ.* XI, p. 470.)

39ᵉ Fait. Un homme de soixante-trois ans eut une paralysie générale et complète de tout le corps, qui vint graduellement et insensiblement sans cause évidente. La parole devint embarrassée, mais les facultés intellectuelles restèrent entières jusqu'à la fin; il périt d'une gangrène des fesses.

Il existait une tumeur du volume d'un œuf de poule dans la substance médullaire de l'hémisphère gauche entre la scissure de Sylvius et la partie qui repose sur la tente. Le tissu de cette tumeur avait la consistance du lard et était d'une couleur brunâtre. (*Bulletins de la Faculté de Méd. de Paris*, mai 1816.)

J'ai déjà signalé toute l'incertitude qui reste toujours sur les faits de cette forme, parce qu'en général on a négligé de consulter l'état de la moelle rachidienne. On peut considérer même comme un point qui n'est pas absolument démontré, de savoir si une maladie dans le cerveau peut produire la paraplégie sans que la moelle soit affectée. Si cela arrive, ce sera probablement dans les cas où la maladie aurait son siége aux environs du pont de Varole ou de la moelle allongée, quoique dans ces cas on soit fondé à attendre plutôt une paralysie générale comme sur les sujets des deux observations précédentes. Les faits que nous rapporterons en traitant de la pathologie de la moelle épinière, montreront que la maladie existe fréquemment à la fois dans le cerveau et dans la moelle de l'épine; cette coïncidence se remarque surtout pour les tubercules. Dans un cas rapporté par le docteur Hawkins, dans le *Medical and Physical journal*, 1826, il existait de nombreux tubercules scrophuleux dans le cerveau et dans le cervelet d'un homme de vingt-trois ans. Les symptômes avaient été des accès épileptiformes avec dysurie, paraplégie incomplète, affaiblissement de la vue, et gêne de la parole. La mort arriva au bout de quatre mois, après trois ou quatre jours de coma. Si la moelle épinière avait été examinée, il est très-probable qu'on l'aurait aussi trouvée affectée de tubercules. La même remarque est applicable au cas observé par M. Bouillaud, dans lequel il y avait paraplégie avec perte de la parole et de l'intelligence, avec une masse tuberculeuse du volume d'un œuf de dinde dans la partie antérieure de l'hémisphère droit. Une fille de quatorze ans, dont a parlé M. Lallemand, eut une hémiplégie du côté droit dont elle se rétablit. Quatre mois après elle eut une paraplégie avec perte du sentiment qui s'étendit à l'abdomen et au thorax; elle mourut en seize jours. On trouva à l'ouverture de son corps une induration remarquable d'une petite portion du lobe gauche du

cerveau à la partie externe du ventricule. Il existait un épanchement de sang considérable dans le canal vertébral et un ramollissement de la moelle correspondant à la septième vertèbre.

SECTION VI.

Sixième classe. — *Symptômes dominants ayant leur siége dans les organes digestifs.*

40° Fait. Un médecin arrivé au milieu de sa carrière eut pendant un an des attaques de dyspepsie avec des douleurs de tête. En octobre 1815, il eut une céphalalgie violente avec fièvre, qui fut soulagée par la saignée; cependant les digestions ne tardèrent pas à se suspendre complétement, la céphalalgie persista, il survint une émaciation générale et de fréquents vomissements qui revenaient surtout le matin. Il eut différents malaises qu'il rapportait au foie, dans lequel les plus habiles médecins qu'il consulta plaçaient le siége de sa maladie. Au mois d'août 1816, il eut une violente céphalalgie, et son estomac ne put plus supporter aucune substance ingérée; la plus petite quantité introduite était vomie au bout de quelque temps, la douleur diminua, mais les malaises du matin et les vomissements continuèrent et s'accompagnèrent de constipation, d'éructations fréquentes et de hoquet. L'émaciation augmentait. Il eut à la fin de septembre deux fois une légère convulsion. La céphalalgie devint alors périodique. Les facultés intellectuelles étaient

Il y avait quatre onces de sérosité dans les ventricules cérébraux; à la partie inférieure du lobe gauche du cervelet était une tumeur enkystée du volume d'une noix; une partie vésiculaire remplie de sérosité jaunâtre adhérait à cette tumeur. Cette tumeur était recouverte par la dure-mère et par la pie-mère, et adhérait par un pédicule étroit à la substance du cervelet, où elle avait formé une dépression dans laquelle elle était logée. Sur la partie correspondante du lobe opposé se trouvait une petite tumeur vermeille, du volume d'un gros pois. Les viscères abdominaux étaient sains. (*Med. repos.* vol. VII.)

entières, mais la conversation causait de la céphalalgie et parfois des convulsions. Il mourut subitement dans les convulsions le 9 octobre.

41e Fait. Un officier âgé de vingt-sept ans fut pris de nausées continuelles et de fréquents vomissements. Il survint une légère tuméfaction des téguments du crâne avec de la céphalalgie et un état de malaise général; au bout d'un temps assez considérable, le côté droit devint le siége d'un engourdissement, et cinq semaines après il périt subitement pendant la nuit.

La dure-mère correspondante au cervelet à sa partie postérieure et inférieure, était épaissie et cartilagineuse, et cet état morbide pénétrait profondément dans la substance du cervelet dans les lieux où il se trouvait en contact avec les membranes malades. Les autres parties du cervelet étaient ramollies, et les membranes de la moelle épinière étaient dures et épaissies. Les viscères thoraciques et abdominaux étaient sains. (*Med. reposit.* vol. VIII.)

On a recueilli bien des faits dans lesquels tous les désordres pathologiques se sont trouvés limités à la tête, bien que plusieurs des symptômes les plus prononcés soient partis de l'estomac. Dans plusieurs de ces cas, la maladie a ressemblé à la migraine, et dans d'autres elle s'est particulièrement distinguée par le trouble remarquable des fonctions digestives. Ces malades ont en général une céphalalgie plus ou moins intense avec des symptômes variés de malaises du côté du cerveau. Ces accidents ne sont quelquefois pas très-urgents, au point qu'il arrive que pendant la plus grande partie de la durée de ces maladies, on rapporte tous les accidents au tube digestif, et qu'on ne considère les symptômes cérébraux que comme symptômatiques. Un enfant de quatorze ans, qui est le sujet d'une observation recueillie par Manget, avait perdu l'appétit, éprouvait une céphalalgie

obtuse avec de la faiblesse et de l'amaigrissement ; il fut ensuite pris de vomissements avec une céphalalgie très-aiguë, et il mourut après diverses intermissions. On trouva trois tumeurs dans le cerveau, une à la place des tubercules quadrijumeaux, et deux autres du volume de noix dans la substance cérébrale. Un jeune homme dont l'histoire est rapportée dans le tom. VI du *Recueil des Observations et des Recherches médicales*[1], éprouvait vers la tête et le tube digestif divers accidents que l'on attribuait à des vers; il ne tarda pas à être pris de stupeur, de perte de la mémoire, et il périt dans le délire. La seule lésion morbide qu'on trouva fut une ossification d'une assez petite étendue de la dure-mère, avec apparence d'inflammation des membranes contiguës. Une pareille ossification de la faux a été trouvée par le docteur Lettsom, pour toute lésion, sur un jeune homme qui avait depuis long-temps éprouvé des accidents peu caractérisés, dont le plus grave avait été une céphalalgie obtuse avec des vomissements fréquents[2]. Il faut remarquer aussi, d'un autre côté, que l'on a trouvé de semblables ossifications dans des cas où il n'existait aucun accident qui pût se rapporter à leur présence. Il y a encore beaucoup d'obscurité sur ce point de la pathologie des organes encéphaliques.

SECTION VII.

SEPTIÈME CLASSE. — *Vertiges et symptômes apoplectiques; attaques d'apoplexie faibles et passagères.*

42e FAIT. Un homme de soixante-treize ans eut de la céphalalgie avec des étourdissements et perte de connaissance. Il ne tombait pas ordinairement, mais il con-

Les ventricules cérébraux contenaient trois onces de sérosité, la substance cérébrale était très-ferme; dans le lobe posté-

[1] *Medical observations and inquiries.*
[2] *Mem. med. Societ. of London*, vol. III.

tinuait à marcher sans savoir où il allait; d'autres fois l'attaque ressemblait à l'ivresse; sa marche était peu assurée et chancelante. Ces attaques devinrent graduellement plus fréquentes et plus intenses, le malade reprenait néanmoins ses facultés en un temps très-court, mais enfin au bout de six mois, il eut une très-violente attaque de laquelle il ne se rétablit pas; il resta confiné au lit avec une violente céphalalgie, vertiges, perte de la mémoire et incohérence des idées. Vers le douzième jour, il eut une vive douleur et une paralysie incomplète de la jambe et du bras gauches; des convulsions générales survinrent, se terminèrent par une hémiplégie complète avec coma; il mourut le vingt-troisième jour après la violente attaque qui l'avait retenu au lit.

43e Fait. Un homme de trente-six ans conservait depuis cinq ans et demi une céphalalgie constante après une blessure qu'il avait reçue à la tête et qui guérit rapidement. Il fut alors pris d'accès de stupeur qui se reproduisirent à des intervalles incertains; quelquefois deux fois par semaine et d'autres fois une fois tous les quinze jours; ces accès duraient en général environ une heure et demie, le malade les pressentait au point qu'il se couchait à leur approche. Dans les intervalles de ces accès toutes les fonctions s'exécutaient d'une manière normale; au bout de sept à huit mois, les accès devinrent

rieur de l'hémisphère droit se trouvait une tumeur dense, du volume d'un petit œuf de pigeon. Le tissu de cette tumeur était intérieurement d'une couleur de chair pâle et d'une texture granuleuse. Cette tumeur n'était point enkystée, mais, dans une grande partie de sa circonférence, elle était couverte par une couche qui ressemblait à des lames fibreuses du carcinôme. Cette tumeur formait la paroi de la corne postérieure et inférieure du ventricule, et le bord du pied d'hippocampe lui adhérait; la pie-mère qui revêt le ventricule était en ce point très-vasculaire. (*Observation du docteur* Hunter.)

Une tumeur scrophuleuse plus grosse qu'un œuf de poule occupait le milieu de l'hémisphère gauche du cerveau, et s'étendait profondément presque à une ligne du corps calleux. Cette tumeur paraissait être une partie du cerveau dans un état d'induration. Une ossification du volume de l'ongle était fixée au côté gauche du sinus longitudinal; les veines de l'hémisphère gauche étaient dans un état de congestion sanguine qui était moindre pour celles de l'hémisphère

plus fréquents, et le malade mourut subitement dans l'un de ces paroxysmes.

droit. (*Med. Chir. Trans.* vol. IV, p. 188.)

44e Fait. Une femme de vingt-huit ans avait une violente céphalalgie, des vertiges continuels, des nausées, parfois des vomissements, de fréquentes rigidités des membres, de la douleur et de la surdité de l'oreille gauche, l'œil du même côté était aussi affecté à un certain degré. Après plusieurs mois, la céphalalgie fit des progrès, se joignit parfois à des attaques de coma; à la fin la mort arriva subitement après un érysipèle étendu de la tête et de la face, qui avait duré un jour ou deux.

On trouva à la base du cerveau, sous l'hémisphère gauche, une tumeur remarquable qui reposait sur la portion pierreuse du temporal. Cette tumeur se divisait en trois parties : l'antérieure, du volume d'un œuf, était d'une couleur légèrement rouge, et formée d'une substance spongieuse vasculaire comme la substance du placenta, dans laquelle se trouvaient interposées de petites cellules remplies d'un fluide puriforme. La portion postérieure avait la moitié du volume de la précédente, et offrait une semblable structure, mais avec plus de densité. La portion moyenne, de la grosseur d'une noix, était d'une couleur blanche et d'une texture presque cartilagineuse. L'apophyse pétreuse du temporal, sur laquelle cette tumeur reposait, était usée par absorption dans une épaisseur d'un demi-pouce. (*Note de l'auteur.*)

45e Fait. Une demoiselle de soixante-quatre ans fut attaquée de céphalalgie, elle eut ensuite des étourdissements et un dérangement de la vision à des intervalles irréguliers; elle devint ensuite maniaque, et elle périt enfin

Deux petits anévrismes, chacun d'environ les cinq huitièmes d'un pouce de diamètre, formés par la dilatation des carotides internes, se trouvaient sur les côtés de la selle turci-

au bout de cinq ans avec de la fièvre et du délire.

46e Fait. Une femme de soixante-cinq ans était depuis longtemps paralysée du côté droit ; elle éprouvait par intervalles des douleurs lancinantes dans la tête et des attaques d'insensibilité générale. Elle périt après un coma graduellement croissant qui succéda à une attaque d'apoplexie.

que, et contenaient des couches lamelleuses de fibrine coagulée. (*Trans. of a Soc.* vol. II, p. 193.)

Le cerveau était le siége d'une extravasation de sang et d'un ramollissement. La partie antérieure de l'hémisphère gauche était très-endurcie et d'une couleur rougeâtre; dans la substance de l'hémisphère droit se trouvait une tumeur ovale d'une couleur rougeâtre, partie endurcie et partie ramollie. (Rostan, *Du ramolliss. du cerveau.*)

J'ai donné au commencement de cet ouvrage (obs. VI), une observation sur un fait très-important qui peut être rapproché des précédents. On trouva chez le sujet de cette observation une tumeur formée par le dépôt d'une substance de formation morbide entre les lames de la dure-mère; j'ai aussi rappelé au même lieu d'autres faits semblables qui ont offert des exemples des variétés que peuvent présenter les symptômes de ces affections organiques du cerveau; on trouve chez des malades un état de malaise continu accompagné de vertiges; chez d'autres il survient des attaques d'apoplexie passagères, dans les intervalles desquelles la santé des malades est supportable; chez d'autres, enfin, il existe un état constant de vertige léger et habituel, que les malades désignent ordinairement sous le nom de faiblesse de tête, lequel s'accompagne souvent lui-même d'une débilité dans les membres. Dans un cas de la première forme que je viens de déterminer, Zeder rapporte qu'il trouva de nombreuses hydatides dans le cerveau; une de ces hydatides particulièrement se trouvait dans le

trajet de l'aquéduc de Sylvius, et contenait elle-même trois petites hydatides. Notre observation VI offre un exemple remarquable des cas qui se distinguent par des attaques passagères d'apoplexie; j'ai aussi rapporté, d'après Lancisi, l'histoire de la maladie d'un homme qui était depuis plusieurs années sujet à des attaques d'apoplexie qui se liaient à un épaississement des membranes et à l'existence d'une tumeur polypeuse sous l'os frontal. Gooch a recueilli le fait d'une personne qui était depuis plusieurs années sujette à des attaques dans lesquelles elle avait souvent un tremblement de tête et une espèce d'emprostotonos; elle avait d'autres fois des vertiges, et tombait privée de sentiment pour quelques instants. Ce malade n'était jamais entièrement exempt de céphalalgie; un exercice rapide déterminait des étourdissements qui cessaient immédiatement lorsqu'il restait en repos. La mort arriva subitement par des convulsions; on trouva à l'ouverture du cadavre plusieurs pointes osseuses qui naissaient du pariétal droit et de l'occipital, et qui irritaient la dure-mère qui était enflammée; et commençait à se mortifier [1].

Il faut aussi rapprocher de la classe des lésions cérébrales qui nous occupent, ces affections organiques du cerveau dans lesquelles les facultés intellectuelles se sont graduellement perdues, pendant que les malades ne se plaignaient que de peu de douleur, et quoiqu'ils ne présentassent aucun symptôme très-grave. Après une maladie de cette espèce, qui se termina par un état d'extinction complète des facultés intellectuelles et par une léthargie, Plater trouva une tumeur d'apparence charnue du volume d'une pomme moyenne au-dessus du corps calleux. Dans un cas semblable observé par M. Bouillaud, il y avait une tumeur stéatomateuse enkystée dans l'hémisphère droit.

[1] Gooch's, *Appendix*, p. 237.

QUATRIÈME PARTIE.

DES MALADIES DE LA MOELLE ÉPINIÈRE ET DE SES MEMBRANES.

La texture de la moelle épinière a beaucoup d'analogie avec celle du cerveau, excepté cependant que la consistance de son tissu est plus grande. On distingue ordinairement trois membranes rachidiennes, la dure-mère, l'arachnoïde et la pie-mère. Mais comme la membrane de la moelle de l'épine qui a été nommée *arachnoïde* semble n'être qu'un tissu cellulaire lâche, méritant à peine un nom particulier [1], il suffit, en pratique, de n'admettre que deux membranes rachidiennes.

[1] La remarque que fait ici M. Abercrombie est importante pour se rendre compte de certains phénomènes qui s'observent dans les maladies des membranes cérébrales rachidiennes. La pie-mère, sur la surface du cerveau et du cervelet, n'est qu'un réseau cellulo-vasculaire à mailles assez serrées, dans lequel se trouve infiltrée le fluide céphalo-rachidien; à l'orifice inférieur du *calamus-scriptorius*, ce réseau cellulo-vasculaire se condense en une tunique solide, qui se continue d'une part en bas avec la membrane, qui enveloppe immédiatement la moelle épinière, membrane qui constitue la pie-mère rachidienne; d'autre part ce réseau cellulo-vasculaire se continue avec la membrane interne des ventricules, laquelle est aussi continue à la pie-mère rachidienne à l'orifice inférieur du quatrième ventricule. L'arachnoïde cérébrale solide et ferme sur la convexité des hémisphères cérébraux et cérébelleux devient très-tenue en pénétrant dans le canal rachidien. Elle est alors séparée de la pie-mère rachidienne par un réseau cellulaire, à mailles lâches, très-extensibles et assez raréfiées. Il résulte de cette disposition, que le fluide céphalo-rachidien infiltré dans ces mailles est tout-à-fait au-dessous de l'arachnoïde et en dehors de sa cavité, et qu'il s'étend librement en haut, dans la cavité des ventricules par le *calamus-scriptorius*, et dans toutes les cellules que forme le réseau celluleux qui occupe les intervalles des circonvolutions que l'on a appelées pie-mère. Si la pie-mère cérébrale est enflammée, et qu'elle donne naissance à un produit, ce produit est infiltré dans les mailles celluleuses qui la constituent hors de la cavité de l'arachnoïde avec la-

I. La dure-mère de la moelle épinière ne diffère par sa structure de celle du cerveau, qu'en ce qu'elle varie beaucoup d'épaisseur dans ses différentes parties. Les circonstances principales de son organisation, qu'il est le plus important de se représenter dans la pratique, sont que cette membrane adhère très-faiblement au canal vertébral par un tissu cellulaire très-lâche, et qu'elle adhère très-étroitement aux bords du grand trou occipital. Il résulte de cette disposition qu'une cavité existe entre la dure-mère et le canal de l'épine. Cette cavité, qui peut être le siége d'un épanchement, ne communique point avec la cavité du crâne, tandis que l'espace situé entre la dure-mère et la pie-mère, c'est-à-dire entre la dure mère et la tunique qui revêt immédiatement la moelle rachidienne, communique librement avec la cavité du crâne; en sorte qu'un fluide peut passer librement de l'une à l'autre cavité, selon la position du corps.

II. La pie-mère ou la membrane propre du cordon rachidien est d'une texture lâche ou cellulaire; elle semble être la continuation de la pie-mère cérébrale; elle est étroi-

quelle il n'a aucune communication. Si la pie-mère est enflammée, elle peut donner issue à un fluide par sa surface externe; ce fluide est alors infiltré dans le réseau cellulaire très-lâche qui sépare l'arachnoïde spinale de la pie-mère. Cette dernière membrane protège la moelle, qui alors n'est pas en contact avec le produit morbifique, comme se trouve l'être en pareille circonstance la surface du cerveau. Il faut que l'inflammation occupe la surface interne de la pie-mère rachidienne ou la pulpe rachidienne elle-même, pour que ses produits soient en contact avec la moelle. Si l'inflammation de l'arachnoïde fait naître des produits dans la cavité de cette membrane, ces produits ne sont point en contact avec le fluide céphalo-rachidien, ils en sont séparés par le feuillet libre de l'arachnoïde dans le crâne comme dans le canal vertébral; mais il y a cette différence, que dans le crâne l'arachnoïde cérébrale solide est une enveloppe efficacement protectrice, tandis que dans le canal rachidien cette membrane très-ténue et mal soutenue par le tissu cellulaire très-raréfié qui la sépare de la pie-mère, ne pourrait être protectrice pour la moelle, si elle n'était suppléée par la pie-mère devenue solide et très-dense, en s'allongeant sur la moelle vertébrale qu'elle revêt immédiatement. A. N. G., *trad.*

tement adhérente au cordon rachidien, et elle fournit un fourreau aux nerfs qui en naissent.

III. La substance de la moelle est plus ferme que celle du cerveau, mais sous les autres rapports elle lui est très-analogue, et elle se distingue aussi en substance médullaire et en substance corticale. Le cordon rachidien se divise en quatre cordons ou colonnes, dont les deux antérieurs naissent des pédoncules du cerveau, et les deux postérieurs des pédoncules du cervelet. Les nerfs spinaux naissent par deux racines distinctes, l'une partant du cordon antérieur, et l'autre sortant du cordon postérieur de la moelle de l'épine. Des recherches récentes rendent probable que cette double origine détermine des différences de fonctions, savoir : que les cordons postérieurs donneraient naissance aux nerfs du sentiment, et les antérieurs aux nerfs du mouvement. On a décrit dans la moelle épinière un canal que l'on a regardé comme le siége d'un épanchement séreux, et comme communiquant avec le quatrième ventricule. On ne peut douter, d'après l'autorité de Portal, de Sénac, de Rachetti et d'autres, que ce canal n'ait réellement été observé, mais il semble très-douteux qu'il existe dans l'état sain. Dans le fait rapporté par Portal, ce canal s'étendait jusqu'à la quatrième vertèbre dorsale, et aurait pu recevoir une plume ordinaire. Il était rempli d'un liquide séreux par lequel les ventricules du cerveau étaient aussi distendus.

Les anciens attachaient beaucoup d'importance à la moelle épinière dans les affections paralytiques et convulsives; mais leur opinion à cet égard paraît avoir été en grande partie conjecturale. La pathologie exacte de la moelle rachidienne est d'une date très-récente, et peut, à beaucoup d'égards, être encore considérée comme très-imparfaite. En m'efforçant d'en tracer un précis général,

je me contenterai de rappeler les faits les plus authentiques qui peuvent être rapportés aux divisions suivantes.

I. De l'inflammation aiguë des membranes rachidiennes, ou de la méningite spinale.

II. De l'inflammation du corps rachidien lui-même se terminant par ramollissement ou par suppuration.

III. De l'épanchement séreux dans le canal rachidien.

IV. De l'épanchement de sang dans le canal rachidien, ou de l'apoplexie spinale.

V. Des fongus de la moelle spinale et de l'épaississement des méninges rachidiennes.

VI. De l'induration de la moelle épinière.

VII. De la compression du prolongement rachidien par des corps de nouvelle formation dans le canal, comme des tubercules, des concrétions albumineuses, des hydatides ou l'ossification des méninges.

VIII. De la destruction d'une partie de la moelle.

IX. Des commotions de la moelle spinale.

X. De certaines affections des os du rachis.

SECTION PREMIÈRE.

DE LA MÉNINGITE SPINALE.

Je vais d'abord rapporter deux exemples de méningite spinale. Je dois la deuxième observation au docteur Duncan; quant à la première, je n'ai point vu l'individu qui en fait le sujet pendant sa vie, mais j'étais présent à l'ouverture de son cadavre. Je me contenterai de présenter les faits sans en tirer de conclusions générales sur les caractères de la maladie.

Obs. CXXXVII. Un jeune homme de vingt-six ans avait été sujet, pendant plusieurs années, à une suppuration de

l'oreille gauche; cette suppuration ne donnait habituellement issue qu'à une petite quantité de matière, mais toutes les fois qu'il survenait de la douleur dans cette partie, il en résultait un écoulement plus abondant. La douleur s'étendait alors dans tout le côté gauche de la tête, et continuait souvent pendant une semaine avec beaucoup d'intensité. Dans la première semaine d'avril 1817, ce jeune homme fut détourné de ses travaux habituels par la céphalalgie, qui occupait en même temps le front et l'occiput; il ne restait cependant au lit qu'une partie de la journée; il n'avait pas d'appétit; son sommeil était troublé, mais le pouls n'était que peu fréquent, ou même ne l'était pas. Pendant cette semaine, cette maladie ne fixa que peu l'attention; cependant, dans les derniers jours, la douleur s'était étendue à la nuque, et au commencement de la deuxième semaine, la douleur avait presque cessé à la tête, mais elle avait augmenté d'intensité à la nuque, et elle s'étendait inférieurement sur le trajet de l'épine. Pendant plusieurs jours, la douleur continua à descendre de plus en plus sur le trajet du rachis, jusqu'à ce qu'elle finît par se fixer avec une vive intensité à la partie inférieure de l'épine, d'où elle s'étendait autour du corps près des ligaments iléo-vertébraux. De ce moment, le malade ne se plaignit plus de la tête, et rarement même de la partie supérieure du rachis; mais dès-lors il commença à ressentir un grand malaise dans tout l'abdomen, et il eut beaucoup de peine et de difficultés à rendre ses urines. Le quinzième jour de ces accidents, ses souffrances devinrent excessives; il ne pouvait rester dans son lit plus de cinq minutes; il marchait dans la maison dans un état d'agitation extrême, saisissant avec ses deux mains la partie inférieure de son dos, et grinçant des dents par la violence des douleurs. Il n'avait pas un instant de repos, et il devenait parfois délirant et intraitable. Le seizième jour, il descendit trois étages presque sans aide, et

alla dans une rue voisine pour prendre un bain chaud. A son retour du bain, il se trouva soulagé, mais la douleur ne tarda pas à revenir avec toute son intensité; elle s'accompagnait d'une grande douleur dans le ventre, d'une vive dysurie, de confusion dans les idées et de quelque difficulté dans la prononciation. Le pouls donnait environ cent pulsations par minute, et la liberté du ventre était facilement entretenue par des laxatifs ordinaires. Le dix-septième jour, les symptômes persistaient; la parole était fort gênée; les traits du visage se tiraient convulsivement, et le malade avait de la difficulté à avaler. Il se manifesta aussi du strabisme, mais il ne fut pas permanent; le pouls variait de cent vingt à cent trente pulsations. Il fut soulagé la nuit par une saignée du bras, et il put rester quelque temps dans son lit; il ne tarda pas cependant à le quitter de nouveau, et il resta jusqu'à trois heures du matin, soit assis, soit marchant dans la maison, dans un état de délire indocile. Vers les trois heures, pendant qu'il était assis, il renversa subitement la tête avec une grande violence, et il tomba immédiatement dans un état de coma qui dura jusqu'à la mort, qui arriva deux heures après. Il n'y eut aucun symptôme de paralysie dans tout le cours de cette maladie, excepté une légère gêne dans la parole; mais on n'observa aucune difficulté de respirer, point de vomissements, point de convulsions, si ce n'est une distorsion légère des traits du visage, qui arriva le dix-septième jour. Le pouls a varié de quatre-vingt-dix à cent trente pulsations, et a été en général petit et irrégulier. On maintint aisément la liberté du ventre, mais la douleur dans le dos augmentait beaucoup par les efforts de la défécation. Deux jours avant sa mort, il eut plusieurs accès de frisson. Pendant la maladie, beaucoup de matière purulente s'écoula de l'oreille gauche, derrière laquelle s'était formée une tumeur inflammatoire.

Ouverture du cadavre. — L'examen le plus attentif de toutes

les parties du cerveau fit reconnaître qu'elles étaient toutes dans l'état de santé le plus parfait. On trouva en enlevant le cerveau, de la matière gélatineuse déposée sous la moelle allongée, et une quantité considérable de pus s'écoula du canal rachidien. Après l'ouverture de ce canal, on trouva la moelle enveloppée d'une matière purulente déposée entre elle et ses membranes Cette matière était surtout en grande quantité en trois places : à la partie supérieure près du grand trou occipital, au milieu de la région dorsale et au sommet du sacrum [1]. Cette matière n'en était pas moins répandue sur toutes les autres parties avec beaucoup d'uniformité. La substance de la moelle était très-molle et en plusieurs points comme disséquée en beaucoup de filaments. Tous les autres viscères étaient sains.

Obs. CXXXVIII. Une femme de vingt-deux ans était depuis trois semaines malade de douleurs rhumatismales qui avaient parcouru toutes les parties du corps, lorsque le 11 avril 1820, elle entra à la clinique du docteur Duncan. Elle se plaignait alors de douleur dans la partie postérieure du cou, dans les lombes et au sommet du scapulum. Elle avait aussi à la région hypogastrique droite une douleur aiguë qui augmentait par la pression et dans les efforts d'inspiration. La tête était renversée et ne pouvait être portée en avant, l'épine était courbée en arrière, et les muscles du dos étaient roides et contractés. Elle avait des alternatives de frisson et de bouffées de chaleur et une grande agitation. Le pouls était plein et battait cent quarante-huit fois par minute pour quarante-quatre respirations. Il y avait de la

[1] Le siége de l'épanchement purulent, depuis le trou occipital jusqu'au sommet du sacrum, où ne se trouve plus la moelle épinière, mais bien les nerfs de la queue de cheval, et par conséquent où ne se trouve plus l'enveloppe immédiate que fournit la pie-mère à la moelle, prouve que la couche purulente était déposée à la surface externe de la pie-mère.

A. N. G., *trad.*

toux; la langue était saburrhale et la malade était constipée. Elle fut traitée par une large saignée, un purgatif et un bain chaud, etc. Le 12, il n'y avait que peu de changement. Le 13, elle avait de la difficulté à avaler et une grande agitation. Le rachis restait courbé en arrière et la constipation résistait. Le pouls donnait cent quarante-quatre pulsations. Le 14, après une purgation active, elle sembla dans un état plus satisfaisant; elle put porter légèrement sa tête en avant, mais elle se plaignait de la continuité de ses douleurs, qu'elle rapportait alors particulièrement à l'épaule droite et à la partie supérieure du tronc, d'où elles s'étendaient quelquefois à l'aisselle droite. Elle continuait aussi à souffrir de la partie inférieure du ventre, et l'abdomen était tendu et ballonné. Elle avalait avec moins de difficulté; elle avait de la propension au sommeil, pendant lequel elle avait beaucoup de soubresauts. Le pouls était petit, et donnait cent quarante-huit pulsations. Le 15, la tête était un peu moins rétractée, et la malade avait plus de facilité à la mouvoir. Les douleurs étaient calmées, excepté dans l'abdomen; elle avait beaucoup de tremblements et de soubresauts; le pouls donnait cent quarante pulsations, le ventre était libre, la langue saburrhale; la propension au sommeil était considérable, mais lorsqu'elle était éveillée elle jouissait de ses facultés intellectuelles. On la mit à la nuit dans un bain tiède, où elle expira. Immédiatement après la mort, les muscles de la nuque se relâchèrent complètement.

A l'ouverture du cadavre, on trouva de la sérosité dans les ventricules cérébraux; au bord postérieur du lobe droit du cervelet se trouvait une petite quantité de lymphe coagulable. La portion cervicale de la moelle était saine; les parties dorsales et lombaires du prolongement rachidien étaient tapissées par une couche uniforme de lymphe coagulable, d'une couleur jaune-verdâtre et d'une consistance molle.

Cette couche existait particulièrement à la partie postérieure du rachis, entre la moelle et ses membranes; ces dernières étaient remarquablement vasculaires.

Plusieurs faits d'inflammation des méninges rachidiennes, terminée par épanchement puriforme, ont été recueillis par MM. Parent Duchâtelet et Martinet, mais la maladie était en général, dans ces cas, compliquée d'une semblable affection des membranes du cerveau. Les symptômes dominants qui peuvent se rapporter à l'inflammation de la moelle épinière, sont la douleur, s'étendant le long de l'épine, et la contraction tétanique des muscles de la partie postérieure du cou, qui dans quelques cas devient un complet opistotonos. Sur un des sujets des observations des auteurs que je viens de citer, il y avait rigidité des muscles du bras gauche avec des rétractions convulsives du pouce et des doigts des deux mains; chez un autre malade, il y avait une lenteur remarquable de la respiration, qui ne se faisait pas plus de cinq fois par minute.

On trouve les mêmes caractères généraux, dans plusieurs cas intéressants, décrits par M. Ollivier, dans la seconde édition de son *Traité de la moelle épinière et de ses maladies*; les symptômes dominants ont été, dans ces cas, une douleur rapportée à quelque partie de l'épine et augmentée par le mouvement, au point même que les malades ne s'en plaignaient quelquefois que lorsqu'ils exécutaient des mouvements. Cette douleur s'étendait en général le long de quelques membres, et était accompagnée de roideur musculaire ou de spasmes tétaniques. Chez un des malades il y eut de la paralysie, mais elle parut dépendre d'un degré de ramollissement de la moelle. Un autre présenta ce phénomène remarquable de la rémission des accidents dans la première période; il avait une douleur aiguë qu'il rapportait à la nuque, et qui se manifestait avec intensité à dix

heures du soir, et cessait à trois heures du matin; cette douleur cessa au bout de dix-sept jours, et fut remplacée par une douleur lombaire qui s'étendit ensuite au dos et aux extrémités inférieures; elle s'accompagna alors de rigidité musculaire et de spasmes tétaniques des jambes, du dos et de la nuque. Le malade mourut à la fin, dans le coma. La durée de cette maladie parut d'environ cinq semaines. Il y avait un dépôt étendu de pus et de fausses membranes, entre les membranes rachidiennes en différents points, spécialement dans la région lombaire, où la matière s'était frayé une issue entre deux vertèbres, et avait fusé sous les muscles. Sur un autre malade, les symptômes furent d'abord plus obscurs; il ne présentait qu'une expression de souffrance avec une rétention d'urine; mais rien de défini dans la douleur, si ce n'est que le malade poussait un cri lorsqu'on remuait ses extrémités inférieures, lesquelles se paralysèrent sans perte de la sensibilité; il y eut ensuite rigidité et paralysie partielle des bras, roideur du tronc et renversement de la tête; la mort arriva en dix jours. On trouva entre les membranes de la moelle spinale un dépôt étendu de fausses membranes et de matière floconneuse de quatre à cinq lignes d'épaisseur en quelques places. Cette matière était en plus grande quantité à la surface postérieure de la moelle, et autour de son extrémité inférieure, où la substance de cet organe présentait du ramollisement.

L'inflammation des membranes rachidiennes peut être aussi déterminée par des violences externes, sans aucune affection des os de l'épine. M. Charles Bell a rapporté le fait d'un charretier qui, assis sur le timon de sa charrette, fut renversé par un cahot; il tomba sur la nuque et les épaules; on le porta à l'hôpital de Middlesex, où il resta pendant une semaine sans se plaindre d'autre chose que d'un engourdissement à la partie postérieure du cou; il pouvait mouvoir tous ses membres avec facilité. Le huitième jour

de son entrée, il fut pris de convulsions générales et de trismus. Quelques heures après, il fut affecté d'une singulière convulsion de la mâchoire, qui resta pendant cinq minutes continuellement agitée par un violent mouvement; un délire maniaque succéda à ces accidents; le malade tomba alors dans un état qui ressemblait au typhus; le quatrième jour, on trouva les extrémités inférieures paralysées. « Il vécut encore une semaine, mais en déclinant continuellement; sa maladie conservait beaucoup des caractères du typhus. Le jour qui précéda sa mort, il jouissait entièrement de son intelligence, et il avait recouvré la sensibilité de ses jambes. » On trouva dans le canal rachidien, à la dissection de son corps, une grande quantité de matière purulente qui s'était accumulée à la partie inférieure de ce canal. Cette matière semblait s'être formée audessous de la dernière vertèbre cervicale et de la première dorsale. En ce point, le cartilage intervertébral était détruit au point que le pus s'était échappé de ce lieu entre les muscles. Sur un autre malade, dont M. Bell rapporte aussi l'histoire, la dernière vertèbre dorsale avait été fracturée, et une matière purulente fut trouvée entre la moelle épinière et ses membranes; dans ce cas il n'y eut pas de paralysie. Les symptômes principaux furent de la fièvre, de l'agitation, des vomissements et un violent délire. La mort arriva subitement [1].

C'est peut-être ici le lieu de parler de l'état d'injection et de congestion vasculaire que l'on rencontre quelquefois dans la moelle épinière ou dans ses membranes, aux environs de l'origine des nerfs. Cet état morbide constitue la pléthore spinale des écrivains du continent. On a attaché beaucoup d'importance à cette lésion morbide, que l'on a considérée comme la cause de maladies de plusieurs des

[1] *Quarterly Reports of Cases of Surgery*. Part. 2.

principales fonctions du corps. On a considéré qu'en excitant l'irritation à l'origine des différents nerfs de l'épine, cet état devenait la source de plusieurs affections obscures du thorax et de l'abdomen, tels que les tremblements, les convulsions, des paralysies, la chorée, l'épilepsie et le tétanos. On a aussi trouvé là le siége de plusieurs de ces affections douloureuses du dos et des lombes, qui se lient aux hémorrhoïdes, à la menstruation, aux avortements et aux fièvres continues. Ces écrivains sont tombés dans beaucoup de spéculations sur les changements qui s'opèrent dans les viscères du thorax et de l'abdomen, de manière à porter le sang avec une impulsion anormale dans les vaisseaux de la moelle épinière; on a supposé que cette fluxion du sang vers ces organes arrivait par de violentes coliques, la suppression de la menstruation, les maladies du foie et la fièvre continue [1]. Il faut avouer que les apparences morbides, que l'on rapporte à la pléthore spinale, sont extrêmement équivoques, et l'on est fondé à douter si elles ne sont pas en grande partie produites par la position du corps après la mort. Nous devons cependant, par égard pour les opinions d'auteurs d'une grande distinction, donner un exemple des affections qu'ils rapportent à cette espèce de maladie.

1° Un homme qui mourut de pneumonie, avait été affecté, pendant le cours de sa maladie, d'engourdissement et de diminution de la sensibilité des extrémités inférieures; on trouva, à la dissection de son corps, que les artères de cette partie de la moelle épinière qui est renfermée dans les vertèbres dorsales, étaient gorgées de sang comme si elles eussent été injectées à un haut degré [2]. Portal rapporte plusieurs autres cas qu'il explique de la même manière, et dans lesquels des affections paralytiques et convulsives des

[1] *Voyez* Frank, *Oratio de vertebralis columnæ in morbis dignitate;* Brera, *Della rachialgite*, et Ludwig, *De dolore ad spinam dorsi.*

[2] Portal, *Cours d'Anatomie médicale*, t. III, p. 219.

extrémités s'étaient manifestées pendant le cours de diverses maladies inflammatoires.

2° Un enfant fut attaqué, pendant la dentition, de convulsions qui dégénérèrent en attaques d'épilepsie. A l'âge de cinq ans et demi, il avait quatre à cinq attaques par jour, et il devint paralytique. Il mourut à six ans et demi. Les membranes rachidiennes étaient comme si on les eût injectées; la substance de la moelle était ramollie et jaunâtre aux points correspondants à la sixième et à la douzième vertèbre dorsale [1].

3° Un jeune homme de vingt-un ans fut affecté de fièvre et de délire intense. Lorsque ce délire se calma, il eut des mouvements convulsifs des extrémités supérieures, et bientôt après il mourut dans le coma. On trouva, à la dissection de son cadavre, les vaisseaux de la pie-mère rachidienne, à la partie supérieure et postérieure de la moelle de l'épine, distendus par du sang, comme s'ils avaient été très-bien injectés. Cette congestion vasculaire était spécialement remarquable à l'origine de quelques-uns des nerfs spinaux; la pie-mère cérébrale présentait la même injection sanguine; il y avait aussi de la sérosité épanchée à sa surface [2].

SECTION II.

DE L'INFLAMMATION DE LA SUBSTANCE DE LA MOELLE ÉPINIÈRE.

En rapportant à l'inflammation de la substance de la moelle épinière les lésions morbides qui vont être décrites, je suis surtout guidé par leurs analogies avec les affections cérébrales correspondantes. Cette remarque s'applique particulièrement au ramollissement qui semble être un des

[1] Esquirol, *Bulletins de la Faculté de Médecine.*
[2] Morgagni, *Epist. anat. med.* x.

désordres les plus communs dans les affections aiguës de la moelle de l'épine, et qui, parmi les lésions cérébrales, a été distinctement décrit comme un des résultats de l'inflammation. Je suis prêt cependant encore à soumettre cette opinion au jugement du lecteur, et je ne la présente que comme un moyen de s'entendre. Ce sujet important n'a point encore été approfondi avec toute l'attention qu'il mérite; on est cependant fondé à croire que l'inflammation de la substance de la moelle épinière peut, comme celle du cerveau, se terminer d'une manière funeste de quatre manières :

1° Dans la période inflammatoire ;
2° Par ramollissement;
3° Par suppuration non circonscrite;
4° Par abcès.

§. I. *Inflammation de la substance de la moelle épinière devenue fatale dans la période inflammatoire, avec ramollissement commençant.*

Ce point de la pathologie de la moelle de l'épine est obscur, et la terminaison de la maladie dans sa période inflammatoire peut n'être pas admise comme bien évidente; je ne trouve que l'observation suivante qui puisse être considérée comme étant de cette espèce.

Une femme avait été long-temps sujette à des convulsions, qui survenaient immédiatement avant la manifestation de ses règles, dans l'extrémité inférieure gauche. Ces accidents revenaient constamment à chaque période, et lorsque l'hémorrhagie menstruelle s'établissait franchement, ils cessaient. A la suppression des règles, qui arriva à l'âge de quarante ans, les extrémités inférieures se paralysèrent. Quelque temps après, la malade eut des convulsions du bras gauche, immédiatement après lesquelles elle

mourut dans le coma. On trouva à l'ouverture du cadavre une inflammation des membranes rachidiennes correspondantes aux dernières vertèbres dorsales; la moelle elle-même était très-rouge et ramollie du côté droit : du côté gauche, elle était saine dans toute son étendue[1]. Lieutaud a emprunté à Laelius à Fonte un fait, dans lequel la mort arriva le quatorzième jour d'une fièvre continue après une paraplégie et une suppression d'urine. Les lésions anatomiques sont ainsi indiquées : « *In conspectum venit ren sinister, inflammatus et syderatus; læsa etiam erat medulla spinalis in eodem latere.* »

§. II. *Du ramollissement de la moelle épinière.*

Les faits importants qui vont être rapportés feront bien connaître cette remarquable affection. Dans le premier de ces faits la maladie était compliquée avec une inflammation étendue des méninges; le second a présenté la maladie limitée à la moelle; ce que le troisième fait a de plus remarquable, c'est surtout la ressemblance que la maladie a offerte par ses symptômes avec une affection cérébrale. La quatrième observation offre un exemple de la maladie dé-

[1] Lorsque j'ai traité des inflammations aiguës de la moelle épinière dans mon *Histoire anatomique des Inflammations*, je n'ai trouvé dans les auteurs aucun fait qui m'ait paru incontestable sur l'inflammation aiguë de la moelle, encore bornée aux lésions inflammatoires simples sans désorganisation du tissu. Le fait recueilli par Portal, et que vient de rapporter M. Abercrombie, m'était bien connu. Mais je ne trouve pas dans la description des lésions anatomiques des caractères assez bien déterminés pour fixer mon opinion. La circonstance de la paralysie survenant du côté opposé à une lésion d'une moitié de la moelle épinière, est par elle-même si extraordinaire, si opposée à ce que nous connaissons des lésions de la moelle, qu'elle suffit pour me faire penser qu'on n'aura, dans ce cas, fait qu'un examen incomplet des parties, car la paralysie du côté gauche occupant successivement la jambe et le bras, ne s'explique certainement pas par la maladie de la moitié de la moelle spinale du côté opposé.

A. N. G., *trad.*

terminée par une cause externe, et la cinquième montre la maladie sous la forme chronique.

Obs. CXXXIX. Un jeune homme de dix-huit ans, d'une constitution maladive, avait souffert depuis plusieurs années d'ulcères survenus sur différentes parties du corps, et accompagnés d'exfoliation des os, spécialement à la jambe, à la cuisse et au sacrum; plusieurs mois avant l'invasion de la maladie qui devint fatale, il avait eu un ulcère à la tête avec une carie des os adjacents, de l'étendue d'un schelling au moins. Il était dans un bon état général de santé, et continuait ses études à l'université d'Édimbourg, lorsque, le 24 septembre 1823, il consulta mon ami le docteur Hunter, pour un mal de gorge, avec fièvre légère, qui disparut en deux jours. Les trois jours suivants il était revenu à son état de santé habituel. Le 30, il fut de nouveau retenu à la chambre pour une douleur lombaire sans fièvre. Le 2 octobre, cette douleur avait augmenté; elle occupait particulièrement les environs des dernières vertèbres dorsales, elle s'étendait inférieurement dans le trajet des uretères, et s'accompagnait de désirs fréquents d'excréter l'urine. Le 3 octobre, les symptômes qui avaient leur siége dans les voies urinaires avaient disparu; la douleur avait diminué de violence, elle s'était aussi déplacée en s'étendant vers une partie moins élevée du corps; c'était particulièrement au sacrum qu'elle se faisait sentir. L'état du malade resta le même le 4; il était alors tout-à-fait sans fièvre, la douleur du dos n'était pas intense; mais comme elle persistait, elle motiva l'application d'un vésicatoire. Le 5 octobre, la douleur dorsale avait disparu, mais le malade souffrait dans le ventre, particulièrement aux environs du pubis; il éprouvait de la dysurie et un sentiment d'engourdissement à la partie interne des deux cuisses. A la nuit les urines étaient retenues, et il fal-

fut recourir au cathéter. Le 6, l'engourdissement des cuisses avait augmenté, le malade y sentait par instants une douleur aiguë lancinante, les urines étaient complètement retenues dans la vessie. Le 7, les deux membres abdominaux étaient tout-à-fait paralysés sans perte de sensibilité, les urines étaient toujours retenues et l'excrétion des selles était involontaire. On avait eu recours, sans aucun résultat utile, au traitement le plus rationnel. Je vis ce jeune homme pour la première fois le 8 octobre, avec le docteur Hunter; la paraplégie était complète, l'excrétion des urines était entièrement supprimée, le pouls était mou, et donnait environ quatre-vingt-dix pulsations. Le malade ressentait une douleur qu'il rapportait à la partie inférieure de la région dorsale : je ne reconnus aucun autre accident. On appliqua des ventouses sur le dos, et ensuite un autre large vésicatoire. Il n'y eut pas de changement dans les symptômes les trois jours suivants, si ce n'est que le pouls devint légèrement fréquent. Les facultés intellectuelles étaient entières. Le malade ressentait de la douleur dans le dos, mais cette douleur n'était pas vive et ne le faisait pas beaucoup souffrir. La paralysie complète des membres inférieurs continuait, et l'engourdissement remontait progressivement sur le ventre. Le 12, il avait gagné le thorax, il n'y avait plus que très-peu de douleur dans le dos, mais les douleurs lancinantes aiguës s'étendaient dans les deux bras. On examina l'ulcération de la tête, et on en agrandit l'ouverture; l'os fut trouvé carié, et il s'en écoula du pus par une très-petite ouverture, ce qui détermina à pratiquer en ce point une perforation par une très-petite couronne de trépan; mais on ne trouva point de maladie au-dessous de l'os; le soir, le pouls étant devenu plus fréquent, on pratiqua une saignée avec avantage. Le 13, aucun changement, les facultés intellectuelles étaient toujours entières, le malade ne se plaignait d'aucune douleur; les selles étaient invo-

lontaires. Le 14, les urines sortaient sans cathéter en mettant le malade dans une position droite. Le pouls était fréquent et faible; les forces diminuaient; il mourut dans la nuit; il conserva sa connaissance jusqu'à environ six heures avant sa mort. Il ne se manifesta pas le moindre mouvement dans les extrémités, mais la sensibilité resta entière.

Ouverture du cadavre. — Tout était sain dans le cerveau, seulement la dure-mère était le siége d'un ancien épaississement dans le voisinage de l'os malade. L'os était carié et très-aminci dans l'étendue d'une pièce d'un écu de trois francs. Autour de cette partie l'os était au contraire épaissi, surtout d'un côté, où il avait une épaisseur double de l'épaisseur naturelle. Il n'y avait point d'épanchement dans la tête, et aucune apparence morbide récente.

A l'ouverture du canal rachidien il s'écoula du pus par le trait de scie vers le milieu de la région dorsale; une des vertèbres était dans ce point considérablement cariée. Le canal étant ouvert, on trouva un dépôt très-considérable de matière floconneuse comme purulente à la surface externe des membranes rachidiennes. Cette matière était très-abondante quelques pouces autour de la partie inférieure de la région dorsale, et elle s'étendait supérieurement jusqu'à la quatrième vertèbre cervicale. La dure-mère rachidienne étant incisée, un liquide sanieux sanguinolent s'échappa d'au-dessous de cette membrane, la pie-mère était très-injectée. La substance de la moelle était désorganisée dans une très-grande étendue, sur presque toute la longueur de la région dorsale. Les colonnes antérieures du prolongement rachidien étaient complètement désorganisées et converties en une pulpe diffluente; dans sa partie postérieure, la moelle était intacte. Lorsque la moelle fut détachée et enlevée, elle ne conservait sa continuité que par les colonnes postérieures de sa portion dorsale; toute la partie antérieure de l'organe s'écoula dans un état de

pulpe diffluente. Les portions de la moelle situées au-dessus et au-dessous de la partie malade, étaient fermes et complètement saines [1].

Obs CXL. Un homme de cinquante-six ans fut exposé au froid dans la fin de mars 1823, en voyageant sur l'impériale d'une voiture. Il en résulta une douleur au bras et à la jambe droite. Cette douleur était très-intense autour de l'épaule; mais elle affectait tout le côté du corps. Cet homme avait aussi une céphalalgie considérable. Le mouvement diminua presque aussitôt dans les membres affectés, à commencer par la partie supérieure du bras et en s'étendant graduellement en bas, de manière qu'il pouvait encore écrire distinctement, qu'il ne pouvait déjà plus lever le bras et fléchir le coude. La jambe commença ensuite à s'affecter de même et par une semblable gradation. Dix ou douze jours après l'invasion du mal, toute la jambe et le bras étaient complètement paralysés. La douleur continua à un certain degré dans les parties malades; elle devenait quelquefois violente, spécialement dans la jambe. C'est alors qu'il fut vu par le docteur Moncrieff, qui trouva le pouls vif à quatre-vingt-seize pulsations. Le malade conservait ses facultés intellectuelles, et se plaignait encore de céphalalgie et de douleur s'étendant de l'épaule au bras et à la jambe affectés. Des saignées répétées, des vésicatoires, des

[1] Cette observation est d'un grand intérêt sous le point de vue physiologique; elle montre, par les phénomènes d'une maladie qui n'occupait qu'une moitié de la moelle rachidienne, ce que les expériences sur les animaux ont appris, savoir que les racines antérieures des nerfs rachidiens et les cordons qui leur donnent naissance, servent au mouvement, tandis que les cordons postérieurs et les racines des nerfs qu'ils fournisssent sont les organes de la sensibilité. Chez le sujet de cette observation, les racines nerveuses du mouvement et les cordons qui les fournissent étant détruits, le mouvement était supprimé; les racines postérieures du sentiment et les cordons qui les fournissent étant sains et conservés, le sentiment a persisté jusqu'à la fin.
A. N. G., *trad.*

purgatifs, etc., furent employés; la céphalalgie cessa; mais les autres accidents persistèrent, la jambe et le bras droits étaient complètement paralysés et quelquefois très-douloureux; le pouls donnait quatre-vingt-quatre pulsations, il était plutôt lent. Les facultés intellectuelles étaient entières. Le malade resta dans le même état jusque vers le 26 avril, que le bras gauche devint presque subitement paralysé. Le mouvement dans ce membre ne fut cependant pas aussi complètement suspendu que dans les membres du côté droit. La jambe gauche ne fut du reste nullement affectée. Le malade avait le pouls faible, et semblait en général épuisé. C'est vers cette époque que je le vis pour la première fois; il avait un léger délire, qui cependant ne continua pas. Il resta avec toute sa connaissance, et même avec de la gaîté sans aucune douleur, excepté quelquefois dans la jambe droite, jusqu'au 7 mai, que le délire revint de nouveau. Le pouls était alors faible, et donnait cent vingt pulsations. Le 8 mai, il tomba daus un état de stupeur, murmurant des mots incohérents, mais répondant distinctement aux questions qu'on lui adressait lorsqu'il était éveillé. Il mourut le 9 mai au matin, ayant perdu la parole quelques heures auparavant. Il s'était manifesté depuis huit ou dix jours une large escharre grangréneuse au sacrum.

On trouva à la dissection du cadavre toutes les parties du cerveau dans l'état de santé le plus complet. Beaucoup de fluide sanguinolent s'était écoulé du canal rachidien dans la cavité du crâne avant l'ouverture du rachis. La moelle épinière, mise à découvert, fut trouvée dans un état de ramollissement complet de la deuxième à la dernière vertèbre cervicale. Les parties situées au-dessus et au-dessous étaient tout-à-fait saines.

L'observation suivante nous montrera la maladie parcourant ses périodes avec une beaucoup plus grande rapidité et avec des symptômes différents.

Obs. CXLI. Un enfant de sept ans avait été indisposé du 18 au 20 mai 1823, mais son indisposition n'avait pas fixé l'attention : il avait de la céphalalgie avec un léger état fébrile; un purgatif lui fut administré, et le 22 mai au matin il semblait tout-à-fait bien. Vers les deux heures de l'après-midi de ce même jour, il fut pris de convulsions générales intenses. Je le vis aussitôt après, et je le trouvai dans un état demi-comateux avec de l'incohérence et de la confusion dans les idées. Le pouls était faible et donnait soixante pulsations; la face était pâle; les selles étaient rares, et il avait rendu quelques vers. On eut recours aux moyens de traitement ordinaires avec peu d'avantage. Le 23 au matin, l'état demi-comateux persistait; les yeux étaient fixes et insensibles à la lumière. Pendant la journée, le coma fut moins profond, mais l'incohérence des idées continua; il parla beaucoup et poussa des cris aigus; il se plaignait de la tête et ne pouvait supporter la lumière. Le soir il y eut une légère apparence de strabisme et dans la nuit des convulsions; le pouls était très-variable; tantôt rapide et tantôt lent. La constipation était très-opiniâtre; mais elle céda à des doses répétées d'huile de croton. Le 24, le petit malade semblait beaucoup mieux. Le regard était naturel, la face pâle, le pouls à cent-vingt pulsations; on soutenait les évacuations par l'huile de croton tiglium. Le malade jouissait de toutes ses facultés; il disait qu'il éprouvait encore de la céphalalgie, mais il ne semblait pas souffrir. Il resta dans cet état de mieux jusqu'au 25 au matin de très-bonne heure, que les convulsions revinrent avec beaucoup d'intensité, il tomba ensuite dans un état d'affaissement extrême, et mourut de bonne heure dans l'après-midi.

Ouverture du cadavre. — Il n'y avait point d'épanchement ni d'apparence de maladie dans le cerveau. A l'enlèvement de cet organe, une quantité considérable de fluide s'écou-

là du canal rachidien, et après l'ouverture du rachis on en trouva encore une assez grande quantité entre la moelle et sa membrane externe. La moelle était saine dans la portion cervicale, mais à la partie supérieure de la région dorsale, elle était remarquablement ramollie et affaissée. Cette lésion s'étendait sur une longueur de plusieurs pouces, mais à des degrés variables. Dans un point, lorsqu'on voulut soulever la moelle, elle se divisa complètement; sa substance en ce lieu tomba en pulpe diffluente dans toute son épaisseur. A partir du milieu de la région dorsale, la moelle rachidienne était ferme et tout-à-fait saine. La membrane interne de la moelle était brunâtre, très-injectée; elle présentait des traces évidentes d'inflammation au point correspondant à la partie ramollie du cordon rachidien.

L'observation suivante, qui m'a été donnée par le docteur Hunter, présente un exemple de cette affection rachidienne, survenant par l'action d'une cause externe, sans aucune lésion des os de l'épine.

Obs. CXLII. Un homme de trente-six ans fut renversé, en août 1827, du sommet d'une voiture d'une hauteur de dix pieds environ. Il tomba sur un monceau de petites pierres, de telle manière que le premier choc, résultant du contact du sommet du monceau de pierres, porta dans le dos entre les épaules. Il voulut immédiatement se relever, mais il retomba; car ses extrémités inférieures avaient perdu le pouvoir de le soutenir : il eut aussitôt une excrétion involontaire d'urine et de matières fécales. On le porta chez lui dans cet état, où il paraît qu'on ne lui fit rien pour le soulager, excepté une application de sinapismes. Un mois environ après cet accident, cet homme fut porté à l'infirmerie d'Édimbourg, confiée aux soins du docteur Hunter. Il était alors dans un état de maigreur considérable; il y avait perte complète du mouvement des extrémités inférieures sans

perte de sentiment; tous les muscles des parties affectées étaient dans un état remarquable de flaccidité. La pression déterminait une douleur profonde dans la région des troisième, quatrième et cinquième vertèbres dorsales. Les selles étaient liquides, et rendues involontairement. L'urine coulait d'abord involontairement, et était mêlée avec beaucoup de mucus visqueux; le passage de ce fluide fut ensuite obstrué, apparemment par la viscosité du mucus qui fermait le passage; on fut alors obligé de recourir au cathétérisme. La respiration était très-ralentie; il y avait environ neuf inspirations par minute pendant le sommeil, et treize lorsqu'il était éveillé. Le pouls et les autres fonctions étaient dans l'état naturel; l'appétit était modéré, la digestion se faisait bien, et les facultés intellectuelles étaient bien conservées. Trois jours après son admission à l'hôpital, il commença à se plaindre de douleur dans les muscles temporaux et masseters, avec impossibilité d'écarter les mâchoires. Cet accident augmenta rapidement, jusqu'à devenir un trismus complet; l'emprostotonos avec les accidents ordinaires du tétanos se manifestèrent; les muscles abdominaux étaient tendus et durs, et le corps renversé en arrière; le jour suivant, un état spasmodique plus général s'établit; il affecta les bras et la face, ainsi que les muscles du cou et de la gorge, avec une grande gêne dans la déglutition; les spasmes toniques prirent ensuite la forme d'opistotonos. Il mourut dans la nuit, quarante-huit heures environ après la première invasion du trismus. On avait eu recours, sans avantage, de la manière la plus active et la plus judicieuse, à tous les moyens de traitement ordinaires.

On ne put trouver, à la dissection du cadavre, aucune trace de lésions dans les os du rachis. La pie-mère spinale était injectée à un haut degré, particulièrement à la partie supérieure de la région dorsale. Il y avait là un ramollisse-

ment de la moelle très-étendu, et affectant particulièrement les colonnes antérieures. Ces colonnes étaient ramollies d'une manière très-remarquable sur presque toute la longueur de la moelle épinière. Ce ramollissement continuait jusqu'à la partie supérieure de la moelle, et affectait les corps pyramidaux. Les cordons rachidiens postérieurs étaient aussi ramollis en plusieurs points, quoiqu'à un moindre degré que les cordons antérieurs; ils n'étaient pas diffluents comme ces derniers, cependant ils ne pouvaient supporter, sans se désorganiser, la plus légère pression.

Une modification remarquable de la maladie s'observe, lorsque le mal ayant son siége à la partie supérieure de la moelle, les symptômes sont limités aux extrémités supérieures et aux organes contigus sans aucune affection des parties inférieures du corps. Un jeune homme, dont la maladie a été rapportée par M. Ollivier, était sujet à l'épilepsie: il se plaignit d'abord de gêne à la gorge, avec difficulté d'avaler, accompagnée d'une douleur aiguë à la nuque et à la partie inférieure de l'occiput. Ces symptômes furent bientôt suivis de fièvre, de gêne dans la respiration et de vomissements; il survint ensuite un engourdissement de la main gauche, qui s'étendit rapidement le long du bras; la même affection se manifesta presque immédiatement après du côté droit, et le lendemain les deux bras étaient paralysés. Il n'existait pas, du reste, la moindre affection des jambes, ni le moindre dérangement des fonctions de la vessie et des gros intestins. La dyspnée augmenta, et la difficulté de la déglutition devint excessive, on ne découvrit rien d'insolite dans la gorge. La mort arriva le huitième jour. Le malade conserva ses facultés intellectuelles jusqu'à la fin. Il y avait un ramollissement considérable de la partie supérieure de la moelle, limité particulièrement à la substance grise, qui était d'une couleur rosée; les membranes correspondantes

étaient très-injectées; il y avait un épanchement considérable dans le canal rachidien; du sang en petite quantité était extravasé dans le tissu cellulaire entre les vertèbres et la dure-mère rachidienne; les poumons étaient denses et engorgés de sang; la membrane muqueuse bronchique était injectée. Chez un autre malade, on trouva, avec un ramollissement étendu de la partie supérieure de la portion cervicale de la moelle, une paralysie de tous les membres. La seule différence dans les lésions pathologiques, dans ces deux cas, paraît avoir été que dans le premier le ramollissement occupait principalement la substance grise, tandis que dans le second il s'étendait à presque toute l'épaisseur de la moelle épinière. M. Ollivier a aussi rassemblé plusieurs faits sur des maladies qui ont présenté des accidents semblables à ceux du sujet de l'obs. CXLI. La mort arriva vers le troisième jour de la maladie, avec de violentes convulsions, sans paralysie.

Les affections de la moelle épinière se manifestent quelquefois sous une forme moins aiguë, et marchent pendant un temps considérable, souvent pendant des années, sans se terminer d'une manière fatale. Les malades éprouvent en général dans ces cas quelque malaise dans le dos avec des symptômes de paralysie qui commencent à un léger degré dans une partie d'un membre, et qui augmentent graduellement jusqu'à l'état de paralysie confirmée. Les extrémités inférieures sont le plus communément affectées; dans quelques cas, les bras seulement; dans d'autres, tous les membres. Il y a quelquefois en même temps contracture des membres affectés, et d'autre fois ces membres sont le siége de mouvements spasmodiques. La maladie persiste ainsi pendant des années, elle devient à la fin fatale par le ramollissement de la moelle.

Le fait suivant, que j'ai observé avec le docteur Alison, est un exemple de cette forme de maladie.

Obs. CXLIII. Un homme de quarante-deux ans fut pris, en octobre 1827, d'une douleur à la partie inférieure du dos, qui s'étendait autour de l'abdomen, et irradiait fréquemment dans les aînes. Cet accident fut suivi, au bout de quelque temps, de froid et d'engourdissement dans les pieds, qui s'étendit graduellement en haut, et s'accompagna d'une diminution dans les mouvements, jusqu'à ce qu'au bout de plusieurs semaines, il se terminât par une perte complète du mouvement des extrémités inférieures jointe à une rétention d'urine. Le malade ressentait de la douleur dans plusieurs parties des membres affectés, et éprouvait dans les autres une sensation pénible de froid. Cette paralysie complète continua pendant cinq ou six semaines; alors après un traitement très-actif par les ventouses, les vésicatoires, etc., le mouvement se rétablit à un léger degré, mais la rétention d'urine persista. A cette époque, des spasmes des muscles du dos et de l'abdomen se manifestèrent avec une sensation de constriction très-pénible au travers du ventre, et en même temps au travers de la partie inférieure du thorax. Ces spasmes prenaient parfois le caractère des spasmes de l'opistotonos; un jour il se manifesta un hoquet des plus pénibles, qui continua au plus violent degré pendant plusieurs jours. Après l'emploi de différents antispasmodiques, ce hoquet se calma par l'usage du musc. Pendant le cours de ces accidents, le malade se plaignait souvent de douleurs dans différents points du rachis, d'abord dans sa partie inférieure, et ensuite dans un point plus élevé. L'engourdissement s'étendit graduellement, et atteignit presque la partie supérieure de la région dorsale; il se faisait sentir à un très-haut degré sur les côtés du thorax. Le malade devint ensuite sujet à des accès de fièvre qui survenaient pendant la nuit, et se terminaient le matin par une transpiration très-abondante. Cette transpiration restait rigoureusement confinée sur les parties qui n'é-

taient pas paralysées. On ne remarqua jamais la plus légère moiteur sur les extrémités inférieures. Les extrémités supérieures étaient aussi le siége de fréquents accès d'une chaleur vive, tandis que les extrémités abdominales restaient froides et engourdies; ces dernières jouissaient cependant alors, à un certain degré, mais néanmoins très-imparfaitement, du mouvement; quant à la vessie, elle restait toujours tout-à-fait paralysée. Au mois d'avril 1828, le malade alla à la campagne; il avait alors repris ses facultés locomotives à un degré suffisant pour pouvoir se promener un peu dans un jardin sur un sol uni, soutenu par deux personnes ou s'appuyant sur des béquilles. Mais, presque aussitôt après, il commença à se plaindre de douleur de tête. Cette douleur revenait par paroxysmes irréguliers, et était souvent rapportée par le malade à un petit point circonscrit sur différentes parties de la tête, spécialement derrière l'oreille, et quelquefois au bout de l'oreille. Cette douleur parut céder par l'emploi de l'arsenic, mais elle reparut bientôt, et devint plus fixe et plus permanente; la paralysie des membres fit de nouveaux progrès. Après une absence de deux mois environ, le malade revint à la ville au commencement de juillet. La céphalalgie était alors intense, et les mouvements de ses membres étaient si affaiblis qu'il était tout-à-fait confiné au lit. Peu de jours après son retour, le bras droit devint paralytique, et la parole considérablement gênée. Au bout d'un jour ou deux, ces symptômes diminuèrent d'intensité, mais la nuit suivante, il tomba dans le coma et mourut dans l'après-midi. La sensibilité ne fut jamais complètement éteinte dans les membres affectés; il y ressentit seulement parfois des douleurs en différents points, et il se plaignit d'une sensation générale d'engourdissement et de froid.

Ouverture du cadavre. — Quelques écailles osseuses adhéraient lâchement à la surface interne de la dure-mère

spinale. Toute la moelle épinière était d'une teinte rose pâle, et dans un état de ramollissement complet dans toute son étendue; elle était partout entièrement diffluente. La moelle allongée était en assez bon état; elle n'était que légèrement ramollie à sa partie antérieure. La protubérance annulaire était aussi ramollie jusqu'à un certain point; ce ramollissement semblait comprendre l'origine de la cinquième paire de nerfs. Au-dessus de ce point, le ramollissement devenait encore plus prononcé, et s'étendait sur les pédoncules du cerveau et du cervelet; il pénétrait à une profondeur considérable dans la substance du cerveau au point de jonction des pédoncules. Le cerveau était du reste sain, et il n'existait point d'épanchement dans les ventricules.

Il est difficile de déterminer la nature précise et les progrès de l'affection de la moelle épinière, lorsque le mal s'étend graduellement comme dans ce cas, et se termine par une désorganisation si complète et si étendue. En traçant l'histoire d'une maladie analogue du cerveau, nous avons trouvé des raisons de penser que cette affection est originairement une affection inflammatoire lente et chronique, ayant son siége dans une petite portion de la substance cérébrale; que cette maladie peut rester pendant un temps considérable dans l'état de simple inflammation et se calmer ensuite, ou qu'elle peut se terminer par un changement permanent dans la structure de la partie, généralement avec un certain degré d'induration. C'est dans cet état que se trouve la lésion cérébrale, lorsque la mort arrive par une autre maladie, comme chez le sujet de l'observation CXXXI. Si la lésion cérébrale est elle-même la maladie fatale, elle paraît devenir funeste, soit en passant à l'état de ramollissement, soit en passant à un état de suppuration partielle. Il est probable que les mêmes altérations

morbides surviennent dans la moelle rachidienne. Cet organe se trouve aussi, tantôt dans l'état de ramollissement, tantôt dans l'état d'induration; quelquefois même une partie se trouve indurée et une autre ramollie. Dans un cas remarquable, communiqué à M. Ollivier par M. Andral, la maladie débuta par l'engourdissement de l'indicateur de la main gauche, qui s'étendit graduellement à la main et au bras. Au bout de quelque temps, l'autre main et l'autre bras s'affectèrent de la même manière, et un an après, les extrémités inférieures. Tous les membres étaient ainsi paralysés et dans un état de contracture permanente, mais sans perte de la sensibilité. Les jambes étaient rapprochées des cuisses, et les cuisses fléchies sur l'abdomen; les bras étaient roides et ramenés sur le thorax, et les extrémités des doigts étaient pressées contre les paumes des mains. Les efforts que l'on faisait pour changer ces positions des membres déterminaient des contractions spasmodiques très-douloureuses. Le malade périt dans cet état huit ans après l'invasion de sa maladie. On trouva sur presque toute la longueur de la moelle épinière une cavité centrale remplie d'un mucus mou et gris. On considéra cette lésion comme le résultat du ramollissement de la matière grise centrale de la moelle; les parois de la cavité anormale qu'on rencontra, étaient formées par la matière blanche à l'état sain. Dans le cas observé par M. Ollivier, et dans lequel la paralysie survint aussi d'une manière graduelle, et affectait seulement les extrémités inférieures, le malade fut retenu au lit pendant six ans; les jambes étaient ramenées sur le corps et étaient entièrement privées de mouvement, mais elles conservaient leur sensibilité. Il y avait un ramollissement étendu des cordons antérieurs de la moelle, et l'on constata cette circonstance très-remarquable, que c'était à la partie supérieure de la moelle, aux pyramides et dans plusieurs parties du cerveau, que le ramollissement était le

plus considérable, et qu'il était moindre vers la portion lombaire. Les facultés intellectuelles avaient été presque complètement oblitérées, mais le mouvement des bras resta entier jusqu'à la fin. Cette discordance entre les symptômes et le siége des lésions morbides montre toute la difficulté et toute l'obscurité de ce sujet intéressant.

Les symptômes ont été différents dans un cas remarquable décrit par M. Rullier [1] : un homme de quarante-quatre ans, qui avait une légère courbure de l'épine à la partie supérieure, fut pris d'une douleur dans cette partie déviée du rachis. Cette douleur, après plusieurs rémissions, augmenta rapidement, et fut suivie d'une paralysie subite et complète des deux bras. Ces membres devinrent roides, contractés et tout-à-fait privés de mouvement. Les extrémités des doigts étaient appliquées avec force contre la paume des mains. La sensibilité de ces parties n'était nullement altérée. Les membres inférieurs n'étaient point affectés, car le malade pouvait marcher sans la moindre difficulté. Il vécut six ans dans cet état, et mourut d'une maladie de poitrine. Une portion de la moelle, de six pouces de longueur, occupant les deux tiers de la région cervicale et une partie de la région dorsale, était entièrement diffluente, au point même qu'avant l'ouverture des membranes, on pouvait la faire couler de haut en bas ou de bas en haut comme un fluide. Les racines postérieures des nerfs de cette portion conservaient leur matière nerveuse à leur jonction avec les membranes rachidiennes; mais dans les racines antérieures, cette matière était détruite, et ces racines étaient réduites à un névrilème vide. Le recueil périodique dans lequel ce cas a été consigné, contient plusieurs autres faits, destinés à montrer l'origine séparée des nerfs du mouvement et du sentiment de différentes parties de la moelle. Dans un de ces cas, il y eut

[1] *Journal de Physiologie*, 1823.

paralysie générale de tout le corps, sans perte de la sensibilité, et la maladie avait son siége à la partie antérieure de la moelle; dans un autre cas, il y eut paralysie complète des jambes et paralysie incomplète du bras, avec une augmentation morbide considérable de la sensibilité dans ces parties. La substance médullaire rachidienne était considérablement atrophiée. La partie antérieure de la moitié supérieure de cet organe était d'une couleur rouge brune et comme macérée; les racines des nerfs qui s'y implantent étaient si complètement désorganisées, qu'elles pouvaient à peine être distinguées, tandis que les racines postérieures étaient d'un volume plus considérable que dans l'état naturel.

Une observation recueillie par M. Ollivier paraît établir la nature inflammatoire du ramollissement de la moelle épinière, et montre en même temps tout le danger des coups sur le rachis. Un homme qui avait reçu dans une chute une contusion sur la région de l'épine fut pris, dix mois après cet accident, de picotements dans l'extrémité inférieure gauche, qui cessèrent au bout d'un mois, laissant le membre paralysé. L'extrémité inférieure droite s'affecta de la même manière; on observa alors, pour la première fois, une saillie des vertèbres au point malade du rachis. Des mouvements convulsifs des membres se manifestèrent ensuite; le malade mourut un mois environ après la manifestation de la paralysie. On trouva à la dissection du cadavre une fausse membrane d'un pouce d'étendue, mêlée à de la matière purulente entre l'os et les membranes rachidiennes au point affecté. La portion de la moelle renfermée dans la membrane malade, était complètement diffluente comme de la crême. Au-dessus et au-dessous de ce point, la moelle épinière avait sa consistance naturelle, mais elle était très-injectée et d'un rouge foncé, spécialement au-dessous de la partie ramollie, où la rougeur était intense.

Je terminerai ce que j'ai à dire sur le ramollissement de la moelle épinière, en rapportant le fait suivant dont je suis redevable au docteur Molison; je n'ai point vu le malade qui en est le sujet, mais j'ai assisté à la dernière partie de l'ouverture de son cadavre, qui a été l'examen de l'état de la moelle épinière. Je vais me borner à rapporter le fait, sans y joindre aucune des réflexions intéressantes qu'il suggère naturellement.

Obs. CXLIV. Un porte-faix, âgé de trente-sept ans, s'était plaint fréquemment, depuis le mois de février 1827, de douleurs dans le dos et dans les deux côtés du thorax, avec difficulté de respirer lorsqu'il se livrait à un exercice fatigant. Un mois avant sa mort la douleur du dos devint beaucoup plus intense, et il eut une grande difficulté à avaler. Sa santé générale n'était néanmoins que peu dérangée. Le lundi 15 juin, il porta un fardeau à Newhaven, à trois milles d'Édimbourg, et il alla ensuite se baigner à la mer. Il raconta que, pendant qu'il était dans la mer, il se sentit très-étourdi, et en voulant se retirer il tomba sur la grève. Lorsqu'on le releva, il saignait abondamment du nez et de la bouche, et après qu'il fut transporté dans une maison voisine, il vomit du sang en grande quantité. Pendant toute la nuit suivante, il fut agité et dans un état de demi-perte de connaissance, et il tint des propos incohérents. Il eut plusieurs attaques que l'on considéra comme convulsives. Dans ces attaques, ses yeux devenaient fixes, il avait des tremblements dans les jambes, mais sans aucun mouvement dans les bras, qui paraissaient avoir été frappés de paralysie dès le commencement de l'attaque; le 16, il fut soumis à l'examen du docteur Molison. Immédiatement avant la visite de ce médecin, il avait vomi une grande quantité de sang, qu'il rejetait à flots, et qui se coagulait aussitôt. Il était dans la léthargie jusqu'à un certain degré,

mais il avait ses facultés intellectuelles régulières lorsqu'il se réveillait; il se plaignait alors de douleurs dans la tête, au thorax et aux intestins. Sa tête et ses jambes étaient agitées par des mouvements continuels, mais ses bras étaient paralysés et entièrement privés de mouvement et de sensibilité. La respiration était facile, le pouls était fréquent et petit, sa face était pâle et annonçait l'anxiété; il avait des évacuations d'urine involontaires. Le soir, il vomit encore du sang en quantité considérable. Le 17, il y avait peu de changement, excepté qu'il avait repris l'empire de la volonté sur l'excrétion des urines, la paralysie complète du bras persistait, mais les jambes continuaient à être agitées de mouvements. Il n'y eut point, pendant la journée, de retour de vomissements de sang. Il s'endormit à la nuit et reposa tranquillement pendant quelques heures, et se réveilla ensuite ayant toute son intelligence; mais presque aussitôt après il fut atteint d'un vomissement de sang considérable, et il mourut presque immédiatement.

Ouverture du cadavre. — Le cœur et les poumons étaient sains; l'estomac contenait une masse considérable et très-dense de sang coagulé, qui le remplissait entièrement et s'étendait dans le duodénum. Dans l'aorte descendante, vers la quatrième et la cinquième vertèbre dorsale, se trouvait un anévrisme du volume d'une orange, qui s'était ouvert dans l'œsophage par une large issue. Le corps des troisième, quatrième et cinquième vertèbres dorsales était largement carié. La substance osseuse était détruite à la profondeur d'un quart de pouce. On trouva, à l'ouverture du canal spinal, une matière albumineuse sanguinolente entre l'os et la dure-mère rachidienne. Entre la dure-mère et la pie-mère spinale, se trouvait une quantité considérable de matière sanguinolente sanieuse, tenace, qui tapissait la surface de la pie-mère, depuis la deuxième ou la troisième, jusqu'à la dernière vertèbre dorsale. La substance de la moelle

était elle-même, depuis la troisième jusqu'à la dernière vertèbre dorsale, d'une couleur jaunâtre et dans un état de ramollissement étendu, spécialement vers le centre de l'espace indiqué où le tissu médullaire était entièrement diffluent. A l'enlèvement de la moelle spinale, on trouva la partie antérieure du canal rachidien, vue par-derrière, dénudée en plusieurs places de la membrane qui la revêt, et cariée. Cette altération était surtout remarquable vers les troisième, quatrième et cinquième vertèbres dorsales.

§. III. *Suppuration non-circonscrite de la moelle épinière.*

On pourrait peut-être douter si quelques cas qui vont être rapportés à la suppuration non-circonscrite de la moelle épinière ne devraient pas plutôt être rapportés au ramollissement. Ces deux modes de lésions morbides n'ont pas été jusqu'à présent soigneusement distingués. On est fondé à penser qu'ils sont entièrement distincts dans le cerveau : il est probable qu'il en est de même pour la moelle épinière.

1. Une femme de vingt-trois ans, qui avait beaucoup souffert de la syphilis, fut prise d'une violente fièvre intermittente quotidienne, qui devint très-lente, et résista à tous les moyens ordinaires. Au bout de quelque temps, cette fièvre s'accompagna de douleur dans la région lombaire, de diarrhée, de colique, de ténesme, de faiblesse et de mouvements convulsifs de l'extrémité inférieure gauche ressemblant à la chorée. Elle traînait la jambe en marchant, et si elle tentait par un grand effort d'imprimer au membre des mouvements plus étendus, elle provoquait des mouvements convulsifs. Le bras gauche s'affecta bientôt après de la même manière, et il se manifesta aussi des convulsions de la face et des yeux. Les douleurs intestinales cessèrent, mais les autres symptômes augmentèrent d'intensité, et l'affection des membres arriva aussitôt au degré

de paralysie presque complète. La prononciation des mots devint difficile, et la mémoire s'affaiblit. Tous ces accidents se changèrent bientôt en perte de la parole avec coma, et se terminèrent par la mort, qui fut précédée de convulsions générales et terribles, et qui arriva plus d'un mois après le commencement des mouvements convulsifs de la jambe. On trouva à l'ouverture du cadavre un épanchement séreux dans le thorax et dans les ventricules cérébraux. La moelle épinière était ramollie et suppurée dans une grande étendue. La membrane qui la revêt était en plusieurs points tapissée par un fluide puriforme, il existait aussi un épanchement séreux dans le canal de l'épine [1].

2. Un jeune soldat, récemment rétabli d'une fièvre pétéchiale, fut pris d'une douleur dans les vertèbres dorsales, avec difficulté de mouvoir les extrémités inférieures, rétention d'urine, évacuation involontaire des matières fécales, débilité générale et émaciation. On eut recours sans avantage, pendant plusieurs mois, à différents traitements. La faiblesse des extrémités inférieures devint une véritable paralysie, et bientôt après les extrémités supérieures s'affectèrent de la même manière. Le malade perdit ensuite la parole; après être resté quinze jours dans cet état de paralysie générale complète avec aphonie, mais conservant ses facultés intellectuelles, il mourut subitement. On ne trouva pas, à l'ouverture du cadavre, de trace de maladie dans le cerveau, dans le thorax et dans l'abdomen. Le canal rachidien était inondé par une grande quantité de liquide sanieux. La moelle elle-même était en suppuration, dissoute, et désorganisée à la partie inférieure du dos. Au-dessus de ce point, elle conservait sa forme, mais elle était très-molle. Les membranes qui revêtent le prolongement rachidien, et le périoste qui tapisse le canal vertébral, étaient détruits au

[1] Brera, *Della rachialgite, cenni patologici*; dans les Actes de l'Académie italienne de Milan, t. 1.

point où la moelle était altérée à un si haut degré; mais les vertèbres et leurs ligaments étaient sains [1].

3. Un homme de quarante ans fut reçu dans le printemps de 1804 à l'hôpital de Crema, n'ayant d'autre maladie qu'un état de faiblesse et d'adynamie auquel on ne pouvait assigner aucune cause. Il restait constamment au lit, mais il ne se plaignait d'aucune douleur; son appétit était bon et il n'avait pas de fièvre : maigre et pâle, il prit de l'embonpoint et des couleurs, au point qu'on le soupçonna de feindre la maladie. Mais à l'approche de l'hiver, il devint maigre et cachectique. En février 1805, il tomba tout-à-fait en paralysie, tant des jambes que des bras, et il mourut subitement en mars. On trouva à la dissection de son corps tout à l'état sain dans la tête, dans le thorax, et dans l'abdomen. Un fluide sanieux sanguinolent était épanché en grande quantité dans le canal spinal. La moelle épinière présentait des traces d'inflammation et de suppuration, sa substance était remarquablement ramollie, et tendait à la dissolution [2].

§. IV. *Abcès de la moelle épinière.*

Une femme de cinquante-six ans perdit subitement le mouvement des membres du côté gauche, sans perte de la sensibilité. Bientôt après, elle fut complètement paralysée; sa voix devint faible et sa parole embarrassée. Le pouls était naturel et la respiration accélérée. Le bras gauche devint œdémateux. Quatre jours après, on ne pouvait plus distinguer ses paroles; le pouls était faible, la débilité faisait des progrès; la respiration devint stertoreuse, et la mort arriva au bout d'une semaine.

Ouverture du cadavre. — Le cerveau était sain, mais la pie-mère était injectée. Dans le centre du cordon droit de

[1] Brera, *Loc cit.*
[2] *Idem.*

la moelle épinière, au milieu de la portion cervicale, existait une cavité de trois pouces de long sur deux à trois lignes de diamètre. Cette cavité était remplie d'une matière molle comme du pus, qui devenait plus consistante sur les parois de cette cavité. Cette matière paraissait être la substance grise de la moelle convertie en pus; ses parois étaient denses et d'environ une ligne et demie d'épaisseur : elles étaient formées par de la matière blanche saine. Une semblable lésion morbide se trouvait dans le cordon gauche de la même portion de la moelle, mais elle était moins étendue : elle avait environ un pouce de long sur une ligne de diamètre; la matière qu'elle contenait était moins purulente, et ressemblait plutôt à de la substance médullaire ramollie. Les membranes rachidiennes, en ce point, et dans une partie de la région dorsale, étaient indurées [1].

SECTION III.

DES ÉPANCHEMENTS SÉREUX DANS LE CANAL RACHIDIEN.

Je donne ici cette altération morbide pour ce qu'elle est, m'abstenant d'émettre une opinion hypothétique sur sa cause prochaine. J'ai déjà insisté sur tout ce que présentent d'obscur les épanchements séreux, lorsqu'ils se rencontrent entre la dure-mère et la membrane interne de la moelle, eu égard à la libre communication qui existe entre l'espace qu'occupent ces épanchements et la cavité du crâne, ou au moins le tissu cellulaire de l'arachnoïde cérébrale.

Lorsque l'épanchement est contenu dans la cavité formée entre la dure-mère et le canal vertébral, on ne peut élever de doute sur sa connexion avec une maladie du canal rachidien. L'observation suivante a présenté l'exemple le plus marqué de cette affection qui se soit présenté à moi.

[1] Velpeau, *Revue medicale*, 1826, t. 11, p. 248.

Obs. CXLV. Une petite fille robuste, âgée de près de deux ans, fut prise de violentes convulsions après avoir eu de la fièvre et de l'oppression pendant deux jours. Ce premier accès de convulsions dura environ une heure, et laissa la malade dans le coma avec distorsion des yeux; elle n'était pas encore sortie de cet état, lorsqu'elle eut une autre attaque de convulsions, environ deux heures après la première. Pendant ces attaques, et pendant quelques heures après, le cœur battait violemment et irrégulièrement, et le diaphragme se contractait spasmodiquement d'une manière toute spéciale. Le deuxième accès la laissa dans un état de coma duquel elle ne sortit plus. Elle avalait les médicaments ou les aliments, lorsqu'on les déposait dans sa bouche, mais elle ne manifestait aucune apparence de sensibilité. Les yeux étaient complètement insensibles, et le pouls était très-fréquent. La malade eut ensuite plusieurs légères attaques de convulsions, et enfin elle en eut une plus violente quelque temps avant sa mort, qui arriva trente-trois heures après le premier accès.

Ouverture du cadavre. — On ne trouva dans le cerveau aucune trace de maladie, excepté une apparence d'injection vasculaire et un léger épanchement sous l'arachnoïde. Après l'enlèvement du cerveau et du cervelet, il s'écoula une grande quantité de liquide sanguinolent du canal rachidien. Après l'ouverture du canal spinal, on trouva un dépôt abondant de fluide incolore, d'apparence gélatineuse, entre le canal vertébral et la dure-mère spinale. Ce fluide était très-abondant dans la région cervicale et à la partie supérieure de la région dorsale. Il était resté entre les membranes rachidiennes une petite quantité du liquide sanguinolent, dont la plus grande partie s'était écoulée dans le crâne. La substance de la moelle, à sa partie supérieure, paraissait plus molle que dans l'état naturel, et se déchirait très-aisément. Tous les viscères thoraciques et abdominaux étaient

parfaitement sains. Le trou ovale n'était point oblitéré, il restait une petite ouverture.

L'épanchement à l'extérieur de la dure-mère rachidienne, trouvé sur le sujet de cette observation, doit être considéré comme une maladie distincte du canal spinal; mais l'épanchement entre les membranes, quoique à un certain point moins évident, mérite cependant l'attention, d'autant que le fluide qui le formait était sanguinolent, tandis que l'épanchement sous l'arachnoïde du cerveau était incolore.

M. Ollivier a trouvé sur un enfant de trois à quatre ans, qui mourut avec des symptômes d'opistotonos, avec de la difficulté de la déglutition et du coma, un fluide rouge très-consistant, déposé dans le tissu cellulaire qui se trouve entre la dure-mère spinale et le canal vertébral dans la région dorsale. Il y avait de la sérosité entre les membranes, et l'arachnoïde médullaire était tapissée de concrétions albumineuses sur une longueur de quatre pouces.

Les faits suivants ont été donnés par les auteurs comme des exemples de maladies déterminées par un épanchement séreux dans le canal spinal.

1. Morgagni parle d'un homme de quarante ans, qui fut affecté d'une douleur aiguë et d'une pésanteur dans la région des vertèbres dorsales inférieures. Cette douleur s'étendait parfois en haut ou en bas jusqu'au sommet ou jusqu'à la base du rachis. Le onzième jour, il fut pris de paralysie de l'extrémité droite inférieure, et trois jours après, de rétention d'urine. La douleur était si vive qu'elle le privait de repos; elle était presque immédiatement suivie de dyspnée, de vomissements et de convulsions toniques du tronc et des bras. Les accidents revenaient par intervalles; ils continuèrent pendant environ quinze minutes. L'extré-

mité inférieure gauche se paralysa, et le malade mourut subitement. Les facultés intellectuelles continuèrent à rester entières, excepté pendant les paroxysmes de convulsions. On trouva à l'ouverture du cadavre une grande quantité de liquide dans la cavité de l'épine, mais la moelle rachidienne était saine. On trouva aussi un liquide à la surface du cerveau, mais il n'en existait pas de trace dans les ventricules [1].

2. Un enfant d'un an, sur lequel M. Chevalier a rapporté une observation succincte, après avoir donné des signes d'une vive douleur, perdit l'usage des extrémités inférieures, et mourut en trois jours. Le canal de l'épine fut trouvé rempli de sérosité sanguinolente [2].

3. Bonet a rapporté l'histoire de la maladie d'une jeune femme qui tomba en paralysie, après avoir violemment souffert de coliques; la paralysie commença à la partie supérieure des bras, et s'étendit graduellement aux extrémités des doigts; les jambes s'affectèrent ensuite. La malade mourut d'épuisement graduel un an après le commencement de la paralysie. Il y avait sur toute la longueur de la moelle épinière entre la dure-mère et la pie-mère, un espace rempli de sérosité; il y avait aussi de la sérosité sur le cerveau [3].

4. Un homme, duquel Portal a parlé, fut pris d'un engourdissement des extrémités inférieures, suivi de paralysie de ces membres et d'un œdème considérable. Au bout de quelque temps les bras s'affectèrent de la même manière, et l'œdème s'étendit à tout le corps; il mourut dans le coma. On trouva à l'ouverture du cadavre une grande quantité de liquide, tant dans le cerveau que dans le canal de l'épine; il existait au centre de la moelle épinière un canal dans le-

[1] Morgagni, *de Causis et sedibus morborum*, etc. Epist. x, art. 13.
[2] *Med. chir. Trans.* vol. III.
[3] *Boneti sepulcretum anat.* t. I.

quel on aurait pu introduire une grosse plume. Ce canal était rempli de sérosité, et s'étendait jusqu'à la troisième vertèbre dorsale.

SECTION IV.

DE L'APOPLEXIE SPINALE, OU DE L'EXTRAVASATION DU SANG DANS LE CANAL RACHIDIEN.

Obs. CXLVI. Un enfant de sept jours cessa de téter le 1er septembre 1818, et parut en être empêché par quelque chose qui aurait gêné les mouvements de la langue. Le lendemain, il criait fréquemment et il continuait à ne pouvoir téter; le soir il fut vu par M. White, qui remarqua que les mâchoires étaient spasmodiquement serrées; il put cependant les écarter sans y mettre beaucoup de force. Le troisième jour, il fut pris de convulsions, qui revinrent à des intervalles variables, tantôt sous la forme des spasmes toniques de tout le corps, tantôt sous celle d'une violente agitation convulsive. Le quatrième jour, les convulsions continuèrent; il mourut dans la soirée.

On ne trouva à l'ouverture du cadavre aucune trace de maladie cérébrale. Un caillot de sang, long et très-ferme, occupait à la partie postérieure du canal rachidien, l'intervalle des os et des membranes, et s'étendait dans toute la région cervicale.

Ce fait est le seul exemple de cette remarquable affection, que j'aie eu l'occasion de rencontrer; mais comme cette maladie ne semble pas commune, et présente des phénomènes très-intéressants, je crois utile de rappeler les faits suivants.

1. Une femme de quarante ans avait de la céphalalgie et de la douleur dans le dos. Cette douleur devint, quelques jours après, très-aiguë; une violente convulsion se mani-

festa, et amena la mort après cinq à six heures de durée. Tout était sain dans le cerveau, mais il existait dans le canal de l'épine un épanchement de sang très-considérable, qui se trouvait plus abondant vers le siége de la douleur [1].

2. Un homme de soixante-un ans venait d'arriver à Paris d'un long voyage, lorsqu'il éprouva une douleur du dos, qui s'étendait depuis les vertèbres cervicales jusqu'au sacrum. Au bout de quelques heures, il fut pris de paraplégie et d'incontinence d'urines et de matières fécales : il mourut en parlant au médecin qu'on avait appelé à l'invasion de la paralysie. On trouva à l'ouverture du cadavre un épanchement considérable de sang dans le canal de l'épine sous les membranes de la moelle; à sa partie inférieure, ce dernier organe formait inférieurement une masse qui ressemblait à une bouillie rouge comme du sang de bœuf. On ne pouvait y distinguer la substance de la moelle de l'épine jusqu'à la troisième vertèbre dorsale; et au-dessus de ce point, où la moelle épinière était entière, elle était d'un rouge foncé et très-ramollie [2].

3. Une jeune fille de quatorze ans avait de la céphalalgie et de la douleur dans le dos avec une tendance à se trouver mal lorsqu'elle se levait. Elle eut, au bout d'une semaine, une subite et violente exacerbation de la douleur, suivie de convulsions générales qui se terminèrent par la mort en cinq ou six heures. Le canal rachidien fut trouvé rempli de sang extravasé dans la région lombaire, qui avait été le siége de la douleur, le cerveau et tous les autres viscères étaient sains [3].

4. Un meunier perdit subitement, en levant un sac très-pesant, l'usage des extrémités inférieures. Il périt en quinze jours. On trouva dans le canal de l'épine du sang extravasé

[1] Ollivier, *Op. cit.*

[2] Gaultier de Claubry, *Journal général de Méd.*, 1808. t. XXXII, p. 129.

[3] Chevalier, *Méd. chir. trans.*, vol. III.

mêlé avec de la matière sanieuse, les membranes rachidiennes étaient enflammées, et les nerfs de la queue de cheval paraissaient putréfiés, comme s'ils eussent long-temps macéré dans l'eau [1].

5. Un homme mourut d'une maladie que l'on considéra comme apoplectique, et dans laquelle il conserva ses facultés intellectuelles jusqu'à la fin. On ne trouva point de maladie dans le cerveau, mais il y avait une grande quantité de sang extravasé dans le canal de l'épine [2].

6. Un homme reçut un violent coup sur les trois vertèbres lombaires inférieures, par la chute d'un morceau de bois; il mourut en quatre heures. On trouva du sang extravasé dans le canal de l'épine, mais les vertèbres étaient entières et la moelle épinière était saine [3].

7. Un enfant âgé de quatorze ans reçut à la nuque un violent coup d'une corde, qu'on passait au-dessus de sa tête lorsqu'il sautait à la corde. Il n'en éprouva d'abord aucun accident, mais au bout de quelque temps ses membres devinrent engourdis et lents dans leurs mouvements; il éprouva de la roideur dans le cou et de la difficulté à mouvoir la tête. Neuf mois après cet accident, l'engourdissement des membres alla jusqu'à la paraplégie. Aussitôt après, les bras se paralysèrent et les urines furent retenues. Ce malade était depuis peu de temps dans cet état, lorsqu'il fut pris d'une violente douleur dans le rachis. La respiration devint alors difficile et accélérée, d'abord pendant le sommeil, et ensuite pendant qu'il était éveillé; il mourut après avoir beaucoup souffert de ces accidents durant deux jours. La mort arriva environ dix mois après le coup qu'il avait reçu, et peu de jours après une violente attaque de

[1] Chevalier, *Loc. cit.*

[2] Duhamel, *Hist. de l'Acad. roy. des Sciences*, an 1683, sect. v, chap. 2, p. 264.

[3] Morgagni, *Epist. anat. med.* L., art. IV.

douleur à l'épine. On trouva dans le canal rachidien une grande quantité de sang extravasé entre l'os et le fourreau vertébral. Ce sang était en partie coagulé et en partie fluide. Il semblait provenir de la partie supérieure du canal entre la seconde et la troisième vertèbre cervicale [1].

SECTION V.

DE L'ÉPAISSISSEMENT ET DES FONGUS DES MÉNINGES RACHIDIENNES ET DE LA MOELLE ÉPINIÈRE ELLE-MÊME.

1. Le comte de Lordat, âgé de trente-cinq ans, reçut un coup à la nuque en versant dans sa voiture, qui fut précipitée d'une éminence escarpée. Il n'éprouva alors que quelque douleur dans le cou, laquelle se dissipa en peu de jours. Six mois après, il eut de la faiblesse dans le bras gauche, quelque difficulté à articuler; ces symptômes, après être restés stationnaires pendant près de douze mois, firent des progrès; le bras s'amaigrit et devint entièrement paralysé; la parole fut tout-à-fait perdue, et le malade eut des convulsions involontaires de tout le corps. Après un autre long intervalle, le bras droit s'engourdit; le malade fut pris de dyspnée et de difficulté d'avaler, et son corps s'émacia beaucoup; le ventre était libre, et les fonctions urinaires se faisaient

[1] Howship's *Obs. in surg. and morbid. anatom.* p. 115.

Il serait facile d'ajouter aux faits réunis ici par M. Abercombie, un assez grand nombre d'observations sur des épanchements de sang dans le canal rachidien, disséminées dans les auteurs. Je me contenterai de signaler comme symptôme commun de ces faits, que tous les médecins connaissent, l'existence constante d'une douleur vive dans le trajet du rachis au moment où l'épanchement s'opère. Cette vive et subite douleur coïncidant avec une diminution, ou même une suppression subite des facultés contractiles dans les muscles qui reçoivent leurs nerfs de la moelle épinière, et se manifestant sans fièvre, me semble suffire pour caractériser cette maladie contre laquelle nos moyens de traitement sont bien impuissants, puisqu'on ne connaît encore aucun cas avéré de cet état morbide dans lequel la guérison ait été obtenue. A. N. G., *trad.*

comme dans l'état de santé. La mort arriva subitement, quatre ans environ après l'accident dont nous avons parlé. Les facultés intellectuelles se sont toujours conservées, les extrémités inférieures sont restées pendant un temps considérable faibles et tremblantes, mais non entièrement paralysées, car quelques heures avant sa mort il put encore aller d'une chambre à une autre en s'appuyant sur le bras d'un homme. La moelle épinière cervicale était d'une fermeté remarquable; ses membranes étaient si denses qu'on éprouva de la difficulté à les couper. La moelle allongée paraissait un tiers plus large que dans l'état naturel. La piemère était épaissie, et il y avait vers la faux des traces de suppuration; les ventricules étaient remplis de sérosité. Les nerfs lingual et brachial étaient très-compactes et presque tendineux; cette dureté était commune aux nerfs cervicaux qui égalaient en densité la membrane qui les revêt [1].

2. Un jeune homme de quatorze ans tomba d'une fenêtre du deuxième étage d'une maison dans la rue. Le dos fut fortement contus, mais sans fracture; il put ensuite marcher, le corps incliné en avant. Au bout de trois jours et demi, ce jeune homme fut pris d'une violente douleur dans le dos et dans les cuisses et les jambes. Une tumeur commença à se former sur les vertèbres lombaires, et augmenta graduellement jusqu'à ce qu'elle eût atteint un volume considérable. La partie proéminente de cette tumeur rougit, et des hémorrhagies réitérées se firent à son sommet. Le jeune malade fut alors affecté de paraplégie complète avec incontinence de l'urine et des matières fécales, et émaciation extrême. Il mourut enfin graduellement épuisé, six ans environ après l'accident. On trouva à la dissection du cadavre, que la tumeur lombaire consistait en une masse fongueuse considérable, qui ressemblait à la substance médul-

[1] London, *Medical Observations and inquiries*. vol. III.

laire du cerveau. Cette masse tirait son origine de la moelle épinière, et avait pris une telle extension en haut et en bas, qu'elle s'étendait de la troisième vertèbre dorsale jusqu'au coccix. Plusieurs des vertèbres dorsales et lombaires étaient profondément cariées à leur partie postérieure, et quelques-unes des vertèbres lombaires avaient tout-à-fait disparu. Il y avait un ramollissement général de tous les os de l'épine, du sacrum et de l'ilium [1].

3. Un jeune homme de vingt ans fut pris, au commencement de 1815, de digestion difficile, de gêne dans la respiration et de palpitations. A la fin d'avril il eut de l'œdème des extrémités avec des battements violents et étendus du cœur, qui ne laissèrent point de doute sur l'existence d'une dilatation avec hypertrophie des cavités gauches du cœur. Il fut soulagé par l'administration des diurétiques, et resta mieux pendant le mois de mai, jusqu'à l'invasion d'une douleur avec sensibilité à la pression et distension de l'abdomen. Après une abondante évacuation des intestins, ces symptômes se calmèrent. Vers le 18 mai on s'aperçut d'une faiblesse des extrémités inférieures, sans diminution de sensibilité. Tous les autres accidents disparurent. Le 20 mai, la paraplégie était complète, et l'urine était retenue; le malade se plaignit alors pour la première fois de douleur des lombes. Il n'y avait point encore de diminution de la sensibilité, mais au contraire les membres, lorsqu'on les remuait, étaient extrêmement douloureux. La digestion s'accomplissait maintenant très-bien, la respiration était facile, l'action du cœur était naturelle, et les facultés intellectuelles étaient dans leur intégrité. Le malade resta dans cet état jusqu'au 22 de juillet, que les membres paralysés devinrent insensibles. La gangrène survint au sacrum, et la mort arriva le 10 août.

[1] *New London med. journal for* 1792.

Ouverture du cadavre. — Les corps des troisième, quatrième et cinquième vertèbres cervicales étaient rugueux et légèrement ramollis, le ligament antérieur était détruit, la membrane externe de la moelle, en ce point, avait dégénéré en une masse tuberculeuse fongueuse, de la dureté des tubercules pulmonaires non suppurés, et d'une couleur jaune-verdâtre. Cette masse avait un décimètre et demi de longueur et quatre millimètres de largeur. Elle comprenait dans son épaisseur, les ganglions du septième nerf cervical et des trois premiers nerfs dorsaux. La partie de la moelle, couverte par cette masse, était dans un état de ramollissement qui affectait particulièrement les cordons antérieurs. Les postérieurs étaient cependant aussi très-ramollis dans l'espace qui correspond aux trois premières vertèbres dorsales. Le cerveau était sain; il n'existait qu'un petit tubercule dans l'hémisphère droit. Le cœur était tout-à-fait sain, il en était de même des poumons, qui ne contenaient qu'un petit tubercule qui n'était pas ramolli. Il existait dans l'abdomen des adhérences et une petite quantité de liquide puriforme [1].

Les fongus de la dure-mère rachidienne coïncident aussi avec la maladie des vertèbres. M. Ollivier a rapporté plusieurs faits de cette nature.

SECTION VI.

DE L'INDURATION DE LA MOELLE ÉPINIÈRE.

L'observation remarquable, publiée par Portal, sur la maladie du marquis de Causan [2], est un exemple d'induration du prolongement rachidien. Cette maladie débuta par des fourmillements dans les doigts et les orteils des

[1] Serres, *Anat. comp. du cerveau*. t. II, p. 254.
[2] *Anat. méd.* t. IV, p. 116.

membres droits, qui s'étendirent graduellement le long du bras et de la jambe. Ces parties maigrirent, se roidirent et perdirent leur sensibilité. Elles conservaient cependant encore le mouvement jusqu'à un certain degré, puisque le malade pouvait marcher avec une crosse qu'il plaçait sous l'aisselle du côté malade. Cet état durait depuis plus d'une année, lorsque le côté gauche s'affecta de la même manière. Le malade fut alors confiné au lit, incapable d'aucun mouvement, soit du tronc, soit des extrémités; les autres fonctions s'accomplirent pendant quelque temps d'une manière normale. La vue et l'ouïe ne tardèrent pas à s'affecter : d'abord elles s'affaiblirent, s'éteignirent par degrés; le malade perdit graduellement de la même manière la parole et la faculté d'avaler; bientôt après il mourut. Le pouls et la respiration étaient restés naturels, jusqu'à quelques instants avant la mort, qu'ils commencèrent à se ralentir d'une manière remarquable, au point que le pouls tomba à quarante et même trente pulsations par minute. On constata à l'ouverture du cadavre que le cerveau et tous les autres viscères étaient tout-à-fait exempts d'altération; mais la portion de la moelle épinière contenue dans les vertèbres cervicales était si indurée qu'elle avait une consistance cartilagineuse. Les membranes qui la revêtent en ce point étaient rouges et comme enflammées.

SECTION VII.

DES CORPS DE NOUVELLE FORMATION QUI COMPRIMENT LA MOELLE ÉPINIÈRE.

Les corps de nouvelle formation qui peuvent comprimer la moelle épinière, présentent la même variété de formes que nous avons déjà signalée par rapport au cerveau. Le plus ordinairement, ce sont des productions charnues ou

albumineuses, des tubercules, des hydatides et des ossifications.

1. Une femme de trente-six ans eut d'abord quelques mouvements convulsifs qui cessèrent bientôt. Il se manifesta ensuite une douleur aiguë du bras gauche avec céphalalgie; le membre s'affaiblit et devint tout-à-fait paralytique. La malade eut ensuite des mouvements convulsifs des extrémités inférieures, qui se paralysèrent ainsi complètement. Le bras droit devint bientôt douloureux, et perdit en partie, mais non complètement le mouvement. Les extrémités inférieures s'œdématièrent; la moitié inférieure du thorax, et toutes les parties situées inférieurement furent complètement privées du sentiment et du mouvement; à la fin, le bras droit devint aussi complètement paralytique. Une gangrène considérable se manifesta à la région du sacrum, et la malade mourut graduellement épuisée, un peu plus de trois mois après l'invasion de la paralysie. On trouva à l'ouverture du cadavre, à la partie antérieure de la moelle, entre cet organe et l'arachnoïde, une tumeur d'une couleur jaune-rougeâtre. Cette tumeur avait environ trois lignes d'épaisseur à sa partie la plus épaisse; elle couvrait la surface antérieure de la moelle, depuis les sixièmes nerfs cervicaux jusqu'à la troisième paire dorsale. La portion correspondante de la moelle était considérablement aplatie. A l'intérieur, la tumeur était assez consistante, et cellulo-vasculaire, d'une couleur jaune-blanchâtre. Il y avait quelques plaques cartilagineuses sur plusieurs points de l'arachnoïde rachidienne [1].

2. Un jeune homme de quatorze ans reçut un coup sur la région rachidienne, entre les épaules, en tombant en arrière contre l'angle d'une chaise. Les seuls effets immédiats de ce coup furent que ce jeune homme tenait son menton

[1] Velpeau, *Arch. gén. de Méd.*, janvier 1825, p. 68.

incliné sur la poitrine, et qu'il se plaignait, lorsqu'il élevait la tête, d'une vive douleur profonde au travers de la poitrine. Quatre semaines après il fut affecté d'une faiblesse dans les jambes, qui fit des progrès jusqu'à ce que les membres fussent complètement paralysés. Dans le même temps, ce jeune homme ne put plus retenir ses matières fécales et ses urines. Il resta dans cet état pendant deux ou trois semaines; ses bras se paralysèrent, et il perdit la faculté de mouvoir la tête. Il mourut le lendemain, trois mois environ après avoir reçu le coup. Il conserva sa sensibilité jusqu'à la fin. Pendant les progrès de cette maladie il se plaignit souvent d'une grande oppression et d'une douleur lancinante qui traversait la poitrine. On reconnut à l'ouverture du cadavre, que les viscères du thorax et de l'abdomen étaient sains. Il s'écoula à l'ouverture du crâne de la sérosité sanguinolente en petite quantité, mais le cerveau était sain. Une grande quantité de sérosité sanguinolente s'échappa du canal vertébral. A l'ouverture de ce canal on trouva une substance molle, de quatre pouces de long; déposée entre les os et la moelle épinière au lieu où le coup avait été reçu. Lorsque cette substance fut enlevée et plongée dans l'eau, une grande partie y fut dissoute. Des portions de cette matière sortaient du canal spinal, entre les apophyses transverses de la quatrième et de la cinquième vertèbre, et allaient ainsi former deux tumeurs composées d'une semblable substance, des deux côtés de l'épine, dans le sillon qui sépare les apophyses transverses des apophyses épineuses. La plus volumineuse de ces tumeurs avait environ trois à quatre pouces de longueur sur un pouce et demi de largeur, et environ un pouce d'épaisseur. La moelle épinière et les vertèbres étaient saines [1].

3. Des *tubercules* de différents diamètres se trouvent, soit

[1] London, *Medical observations and inquiries*. vol. III.

dans la substance de la moelle, soit adhérents à ses membranes; ils présentent les mêmes caractères que les tubercules du cerveau : les symptômes varient à l'infini, suivant le siége ou le volume des tubercules rachidiens, ou encore selon qu'ils agissent sur certains nerfs. Un enfant âgé de douze ans, dont M. Ollivier a parlé, était depuis long-temps sujet à des attaques de convulsions qui revenaient à des intervalles irréguliers, et affectaient particulièrement les bras : il mourut phthisique. On trouva entre la dure-mère et l'arachnoïde rachidienne, vis-à-vis la troisième vertèbre cervicale, un tubercule du volume d'une noix. Dans un cas recueilli par Bayle, il existait une inflexion tonique de l'avant-bras, de la main et des doigts; et dans un autre qui appartient à M. Gendrin, il y avait des accès épileptiques qui commençaient toujours par une violente attaque de hoquet qui durait une à deux minutes. Il y avait dans ces deux cas deux larges tubercules dans la substance de la moelle, très-près de son origine. Dans un cas de paraplégie consigné dans le Journal de M. Magendie, on trouva deux petites tumeurs fixées à la moelle à son extrémité inférieure. Harder a rencontré une tumeur du volume d'une noix muscade, qui comprimait la moelle épinière d'une jeune femme; il y avait trois semblables tumeurs dans le cervelet. D'après la description qu'en donne cet auteur, ces tumeurs étaient évidemment des tubercules; il y avait en outre une affection des poumons et du foie. Les symptômes dominants avaient été une violente céphalalgie, une respiration oppressée, et quelques jours avant la mort, de violentes convulsions [1].

[1] Le nombre des faits de tubercules de la moelle épinière, consigné dans les auteurs et dans les recueils périodiques, est maintenant assez considérable. J'ai appelé il y a dix ans l'attention sur les accidents convulsifs épileptiformes qui se manifestent souvent par suite de l'existence de ces productions morbides dans le cerveau, particulièrement dans ses parties postérieures et dans la moelle épinière, dans sa région supérieure. Les exemples de tubercules développés à la partie inférieure de la moelle épi-

4. Des *hydatides* ont été trouvées dans le canal rachidien par différents auteurs. Une femme, observée par M. Esquirol, devint épileptique après une frayeur; ses accès revinrent tous les deux ou trois jours avec une grande violence, pendant

nière sont moins nombreux; les symptômes par lesquels ils s'annoncent consistent dans des lésions de la sensibilité ou de la myotilité, selon la manière dont ces tumeurs affectent les cordons antérieurs ou postérieurs de la moelle. L'observation suivante, que je viens de recueillir, est un exemple de ces lésions manifestées par suite du développement d'un tubercule près de l'extrémité inférieure du cordon rachidien.

Obs. CXLVI (*bis.*) — Diez, âgée de vingt-trois ans, accouchée depuis huit mois d'un enfant à terme, n'a plus été réglée; elle entra à l'hôpital Cochin, quatre mois après son accouchement, pour y être traitée du choléra-morbus épidémique; elle en sortit convalescente, mais avec beaucoup de faiblesse dans les membres inférieurs. Pendant les deux mois suivants qu'elle passa chez elle, elle avait de l'anorexie, éprouvait de temps en temps de la diarrhée, habituellement de la soif, et toujours une faiblesse extrême. Elle rentra alors à l'hôpital Cochin le 18 juillet 1832; elle avait tous les symptômes de la gastro-entérite, plus une faiblesse extrême des jambes; bientôt elle ressentit de la difficulté dans les mouvements de ces membres; je reconnus alors que la jambe gauche était plus faible que la droite, que les mouvements de cette extrémité étaient très-difficiles, et que la sensibilité de la peau y était moins prononcée qu'au membre droit. Une douleur fixe existait dans ce membre depuis l'origine du nerf sciatique jusqu'à l'extrémité des doigts. La malade se plaignait en même temps de fourmillements et de sensation de froid dans les deux jambes. Je fis appliquer successivement trois vésicatoires volants sur la région lombaire. Les membres abdominaux continuèrent à être le siége d'engourdissement et d'une sensation de froid. La région lombaire était elle-même le siége d'une douleur profonde déchirante. Les selles et les urines restaient libres. Quatre moxas furent appliqués sur les lombes. Du 18 au 24 août, douleurs vives dans les membres inférieurs et dans les lombes, mouvements de ces membres douloureux, élancements profonds; les doigts des pieds se fléchissent. Du 25 au 30 août, les douleurs se prononcent davantage dans le membre abdominal gauche, la sensibilité de la peau devient si vive au pied gauche, que lorsqu'on la touche on y provoque une sensation de déchirement; les doigts des pieds se rétractent de plus en plus; les selles sont involontaires et inaperçues par la malade; fréquence du pouls sans chaleur à la peau, langue rouge à son pourtour et à sa pointe, blanchâtre à son milieu; vives douleurs lombaires. Du 1er au 15 septembre, le pied gauche est toujours le siége d'élancements très-douloureux; elle remue difficilement et incomplètement les extrémités abdominales. Elle tient les jambes fléchies

trois ans ; elle tomba alors dans le coma après une attaque, et mourut en cinq jours. La glande pituitaire contenait un kyste rempli d'un fluide brun rougeâtre, et des hydatides de différents volumes furent trouvés dans le fourreau de la moelle

sur les cuisses, et ces dernières demi-fléchies sur l'abdomen. Il n'y a cependant pas de contracture ; la malade peut allonger ces membres, mais elle dit que dans la position demi-fléchie elle souffre moins du froid des extrémités ; agitation vive la nuit, causée par les douleurs qu'elle ressent dans le pied gauche ; le moindre toucher produit toujours une douleur très-vive, comme si, d'après l'expression de la malade, cette partie n'était qu'une plaie vive. Les douleurs lombaires diminuent. Le 15 septembre, elles ont cessé, et les urines et les selles ne sont plus involontaires ; mais les douleurs spontanées du pied gauche s'élèvent jusqu'au milieu de la jambe gauche, et augmentent même par le contact des draps. La fièvre est vive ; il se manifeste de la toux, et le sommet du poumon est le siége d'un râle muqueux, fin, sous-crépitant, mêlé d'un bruit de craquement. Le 17, il se manifeste un point douloureux au côté gauche du thorax, augmentant par l'inspiration ; on y applique un vésicatoire volant. Le 21 septembre, les doigts du pied gauche sont fortement fléchis, la sensibilité est toujours exaltée, au point que dans tout le pied jusqu'au milieu de la jambe le plus léger contact détermine une douleur très-vive. La chaleur y est naturelle ; on voit sur ce membre les muscles extenseurs superficiels se contracter et occasioner des tressaillements très-douloureux. Le pied droit est toujours le siége d'un engourdissement continuel. Insomnie la nuit, fréquence extrême du pouls, qui est petit ; langue sèche et rouge à sa pointe. Dans les premiers jours d'octobre, les douleurs de la jambe et du pied gauche remontaient jusqu'au genou, et la malade ne pouvait supporter le plus léger contact dans toute la partie qu'elles occupaient, sans éprouver la plus vive douleur ; elle ressentait de l'engourdissement dans les deux jambes, mais elle conservait la facilité de les remuer, quoique lentement ; la jambe et le pied droits conservaient leur sensibilité normale au toucher. L'affection de poitrine faisait des progrès rapides, la diarrhée et les sueurs épuisaient la malade. Le 11 octobre, elle demanda à être transportée à l'hôpital Necker, où elle expira le 13 au soir.

L'ouverture du cadavre fut faite à ma sollicitation par le docteur Bricheteau, médecin de l'hôpital Necker, en présence de M. Davat, mon élève, qui avait recueilli sous ma direction toute cette observation. Le tissu cellulaire extérieur à la dure-mère rachidienne, à la région cervicale, était infiltré de sang ; les membranes du rachis étaient partout à l'état sain. Vers l'extrémité de la moelle épinière on remarqua avant l'ouverture des membranes une saillie arrondie qui remplissait le canal vertébral ; les membranes étaient en ce point moulées sur un corps dur, arrondi, auquel elles n'adhéraient point. La moelle épinière mise à nu, on trouva une masse ar-

épinière, dans toute son étendue. Après une paraplégie qui dura neuf mois, Chaussier trouva une masse d'hydatides fixée à la colonne spinale, derrière le rein gauche; un prolongement de cette masse hydatique pénétrait entre les vertèbres dans le canal de l'épine. M. Reydellet a rapporté, dans le *Dictionnaire des Sciences médicales* [1], un cas semblable : la tumeur fut ouverte, et après qu'une grande quantité d'hydatides eût été évacuée, on trouva la moelle épinière à nu au fond du foyer. Le malade resta paraplégique [2].

rondie blanchâtre, développée dans son épaisseur, quelques lignes au-dessus de son extrémité inférieure. La moelle fut détachée, et mon confrère eut l'obligeance de m'envoyer cette pièce anatomique, dont la dissection me fit reconnaître l'altération suivante : un corps blanchâtre, arrondi, du volume d'une aveline, était placé entre les deux cordons gauches qui forment la moitié gauche de la moelle : il empiétait un peu sur les cordons droits. Les quatre cordons de la moelle étaient complètement libres et contournaient ce corps en l'enveloppant de toutes parts ; les cordons gauches et particulièrement le cordon antérieur gauche, étaient plus déviés et plus aplatis que les droits. C'était par conséquent, surtout entre le cordon des racines antérieures et le cordon des racines postérieures gauches des nerfs de la queue de cheval que ce corps était logé ; il avait dévié et aplati ces cordons, et particulièrement le cordon antérieur gauche. La petite tumeur dont je viens d'indiquer la situation était enfermée dans un kyste très-ténu, libre de toute adhérence serrée, sauf en un point, sur le cordon gauche antérieur, où la tumeur était comme pédiculée; elle était composée d'une substance blanchâtre, granuleuse, assez dense, homogène, ne présentant aucune trace de vaisseaux. Elle offrait à son centre un rammollissement commençant qui avait produit une petite cavité qui pouvait loger un grain de chènevis.

Les autres cavités du corps n'ont point été ouvertes, mais la lésion trouvée dans le rachis a suffi pour expliquer les dérangements qui ont été observés dans les fonctions de la moelle épinière, lesquels ont surtout porté sur la sensibilité du membre thoracique gauche. Nous devons remarquer que le cordon antérieur gauche, se trouvant plus aplati que le cordon postérieur, à raisonner par induction théorique, la lésion aurait dû porter spécialement sur le mouvement, tandis que c'était évidemment la sensibilité qui était modifiée ; il est vrai qu'elle était exaltée et non éteinte.

A. N. G., *trad.*

[1] T. XXXIII, p. 564.

[2] M. Abercrombie n'a pas présenté le fait rapporté par M. Reydellet, sous son véritable point de vue, et n'a peut-être pas mis assez de sévérité

5. *L'ossification des membranes rachidiennes* a été observée plusieurs fois. Une femme épileptique depuis cinq ans mourut subitement dans un accès. M. Esquirol trouva le fourreau rachidien couvert sur toute son étendue, à sa surface externe, de plaques osseuses d'une à deux lignes de diamètre. Sur un malade observé par M. Barbier, la maladie commença par du fourmillement avec engourdissement des jambes, qui s'étendit graduellement, et fut ensuite accompagné d'une douleur aiguë dans les membres. Au bout de plusieurs mois cette maladie se termina par une paraplégie complète avec incontinence d'urine. La malade, qui était une femme de cinquante-cinq ans, resta dans cet état environ trois ans. Elle fut alors prise de douleurs aiguës dans le dos, s'étendant à l'estomac et à l'abdomen et se prolongeant dans les jambes. Ces douleurs s'accompagnèrent de vomissements, de fièvre, de délire, et de mouvements convulsifs des membres. Elle mourut après une courte maladie, dont la durée n'est pas rigoureusement déterminée, mais paraît avoir été de huit ou dix jours. Il existait vis-à-vis la troisième vertèbre dorsale une ossification des membranes rachidiennes d'une demi-ligne d'épaisseur, de trois lignes de largeur

dans sa critique en le rapportant. L'ouverture du canal vertébral et la dénudation de la moelle épinière n'ont été, d'après l'auteur, reconnus que par le toucher avec le doigt porté à l'intérieur du foyer : « Quel fut l'étonnement, dit-il, lorsque le doigt porté à l'intérieur (du foyer) fit reconnaître que le canal vertébral était ouvert, et la moelle épinière immédiatement à nu! » Tous ceux qui ont l'habitude d'observer des malades et de se livrer à des recherches d'anatomie pathologique, concevront, sans qu'il soit nécessaire d'y insister davantage, tout ce qu'il y a d'incertain et de vague dans ce diagnostic. Il semblerait résulter de la manière dont M. Abercrombie a présenté l'extrait succinct de ce fait, que le malade se rétablit; cependant il mourut, mais long-temps après, « par l'abondance de la suppuration et le délabrement qu'avait amené dans la constitution une maladie si longue, si douloureuse. » On regrette qu'il n'ait été fait aucune recherche sur le cadavre pour déterminer les limites du mal. Je ne doute pas qu'on n'eût alors reconnu que la moelle épinière n'avait pas été mise immédiatement à nu. A. N. G., *trad.*

et de deux pouces de long. La surface interne de cette production était concave, et revêtue d'une membrane molle. La partie correspondante de la moelle était presque détruite; la membrane ne contenait qu'une petite quantité de fluide visqueux. Au-dessus de cette altération, la moelle était ferme et saine; au-dessous elle était atrophiée [1].

6. La moelle épinière peut être aussi comprimée par une diminution de diamètre du canal rachidien, mais cela paraît arriver rarement. Portal en a cependant observé un cas. Le canal de la dernière vertèbre dorsale et des deux premières lombaires était diminué de moitié, et sa surface interne était rendue rugueuse par de nombreuses éminences osseuses très-petites : les extrémités inférieures étaient fort atrophiées.

SECTION VIII.

DE LA DESTRUCTION D'UNE PARTIE DE LA MOELLE ÉPINIÈRE.

Un homme dont la maladie a été décrite par M. Copeland, fut pris de paraplégie, de dysurie, de constipation, et d'une sensation de constriction autour du ventre, comme s'il eût été compris dans une bande serrée. Sa santé déclinait depuis plus d'une année; il rapportait le début de ses souffrances à un violent effort qu'il s'était donné dans le dos en voulant soulever un lourd fardeau. Après trois mois de séjour au lit avec une paraplégie complète, il mourut de la gangrène des fesses. On ne trouva à l'ouverture du cadavre aucune trace de maladie dans les vertèbres. Au lieu correspondant à la dernière vertèbre dorsale et à la première lombaire, la moelle épinière manquait complètement, sur une longueur de plus de deux pouces; les membranes formaient en ce point un sac vide, et étaient extraordinairement injectées

[1] Barbier, *Traité élém. de mat. méd.*

et fort épaissies [1]. On peut rapprocher de ce fait celui observé par M. Ollivier sur un enfant âgé de huit ans, chez lequel quatre pouces entiers de la moelle manquaient. Cet enfant mourut dans le dernier degré du marasme, avec une carie des vertèbres, mais sans avoir perdu le mouvement et la sensibilité dans les membres. M. Velpeau a recueilli plusieurs faits dans lesquels, avec une carie des vertèbres, la moelle fut trouvée complètement détruite sur une longueur de plusieurs pouces; la mort arriva dans ces cas par le marasme graduel, sans aucune apparence de paralysie. M. Magendie a consigné dans son Journal un cas dans lequel la moelle fut trouvée tout-à-fait liquide dans les deux tiers de la région dorsale, et un tiers de la région cervicale; les bras étaient paralysés sans perte de la sensibilité, mais les jambes n'étaient point affectées. M. Ollivier a aussi observé deux fois une atrophie remarquable, une diminution de volume de la moelle épinière : l'une sur un vieillard, sans aucun symptôme particulier; l'autre sur un idiot, avec contracture permanente et atrophie des membres.

SECTION IX.

DE LA COMMOTION DE LA MOELLE ÉPINIÈRE.

Un violent coup sur le rachis occasione fréquemment une paralysie immédiate des parties situées au-dessous du siége du coup, sans déterminer de fracture ni de dislocation des vertèbres. L'étendue de la paralysie dépend du lieu sur lequel le coup a été porté. La paraplégie et la rétention d'urine sont les symptômes qui se présentent le plus communément à notre observation dans ces cas. Si le coup porte sur la partie supérieure de l'épine, il peut être suivi d'une paralysie des extrémités supérieures, de difficulté de respirer,

[1] Copeland, *On Diseases of the spine.*

et de l'extinction de la voix. Dans l'histoire de la commotion de la moelle épinière, les circonstances suivantes doivent surtout fixer l'attention :

1. La commotion de la moelle épinière peut être rapidement suivie de la mort, sans laisser aucune trace de maladie qui puisse être reconnue à la dissection. On a recueilli plusieurs exemples de semblables événements. M. Boyer a parlé d'un homme qui reçut un coup sur le rachis en tombant dans un fossé ; il fut immédiatement affecté de paraplégie complète, et mourut. Le moment de la mort n'est pas déterminé. On ne trouva, à l'ouverture du cadavre, aucune trace de maladie, ni dans la tête, ni dans le canal de l'épine. Frank a rapporté quatre cas de mort par commotion de la moelle, dans aucun on ne put trouver d'apparence de maladie, soit dans la moelle soit dans les vertèbres.

2. La mort peut arriver après les commotions de la moelle épinière, par la manifestation de l'inflammation du prolongement rachidien ou de ses membranes, terminée par ramollissement, suppuration ou épanchement. L'obs. CXLII offre un exemple de cette affection devenue fatale par ramollissement. Nous avons cité, d'après M. Charles Bell, un fait remarquable, dans lequel la mort arriva par une suppuration étendue de la moelle. M. Boyer a parlé d'un homme qui tomba de quatorze pieds, et qui resta pendant quelque temps sans connaissance. Lorsqu'il revint à lui, on s'aperçut qu'il avait perdu l'usage de ses extrémités inférieures. Les urines ne furent plus excrétées; les matières fécales furent rendues involontairement; le malade mourut le douzième jour. On trouva à l'ouverture du cadavre, dans le canal spinal, une quantité de sérum sanguinolent, qui était suffisante pour remplir un peu plus que la moitié inférieure de ce canal.

3. Des symptômes graves peuvent succéder immédiatement à la violence physique, et disparaître au bout de quelque temps. Galien parle d'un homme qui, après un coup sur le dos, fut affecté de perte de la parole, de la voix, et du mouvement des extrémités inférieures; les extrémités supérieures conservèrent leur état physiologique. Six jours après il recouvra la voix et la parole, et bientôt après la paralysie disparut.

J'ai vu, dans l'été 1816, un homme qui avait été employé à miner un rocher près d'Édimbourg. Ne s'étant pas retiré à une assez grande distance, et tournant le dos au rocher lorsque la mine fit explosion, il reçut une grosse pierre dans le dos, sur la dernière vertèbre dorsale et la première lombaire. Il tomba sur le coup avec les extrémités inférieures complètement paralysées. Je le trouvai dans cet état quelques heures après l'accident; il se plaignait aussi d'une violente douleur qui commençait au lieu où il avait reçu le coup, et s'étendait en bas le long des cuisses. Il existait au dos une tuméfaction considérable qui ne permettait pas de constater l'état des vertèbres. Ce malade fut confiné au lit pendant plusieurs semaines, sans aucun retour de mouvement dans les extrémités inférieures, et avec une extrême difficulté à rendre ses urines; mais il se rétablit graduellement, et il fut complètement guéri au bout de quelques semaines. Le traitement auquel on eut recours consista particulièrement dans les saignées générales et locales.

On lit dans le XXIe vol. du Journal de Hufeland, l'histoire d'un homme qui tomba du haut d'une charrette remplie de bois, de manière que son corps porta sur le derrière du cou et sur les épaules, la tête étant inclinée en avant. Lorsqu'il revint des premiers effets du coup, on trouva qu'il avait complètement perdu le sentiment et le mouvement de toutes les parties situées au-dessous du cou; il ne pouvait plus remuer que la tête; il avait une rétention de l'urine et des

matières fécales. Au bout de huit ou dix jours il fut pris d'anasarque des extrémités, et d'une sensation de fourmillement, suivie d'une très-vive douleur, mais sans aucun retour de mouvement. Après être resté plusieurs semaines dans cet état de paralysie complète, la sensibilité et le mouvement commencèrent à revenir à un léger degré dans les doigts. De ce moment le mouvement se rétablit peu à peu, de manière qu'au bout de six semaines il pouvait se soutenir assis sur une chaise. Après un autre intervalle assez long il pouvait se traîner en s'appuyant sur des béquilles. Lorsque l'observation fut écrite, il pouvait marcher un peu en se soutenant sur un bâton; il commençait à pouvoir faire quelque ouvrage avec les mains, mais il continuait à avoir une grande faiblesse et une vive douleur dans le dos; il rapportait surtout cette douleur à la jonction de l'épine avec le sacrum. La marche du rétablissement des fonctions de la vessie et des intestins est remarquable. Il y eut d'abord une rétention d'urine complète, qui exigea pendant quatre semaines l'usage du cathéter; le malade reprit ensuite le pouvoir d'excréter l'urine, mais il ne pouvait la retenir; elle coulait involontairement; ce ne fut que quelque temps après qu'il reprit le pouvoir de la retenir. On ne put obtenir pendant six semaines d'évacuation alvine que par des lavements actifs; les selles furent ensuite évacuées involontairement pendant quatre semaines, et reprirent enfin leur cours libre naturel.

Un homme, duquel il est question dans le t. XXVIII du *Journal universel*, tomba d'un arbre sur le dos; la partie postérieure de la tête fut atteinte, et le malade s'y fit une plaie aux téguments. Cet homme resta pendant quelques minutes dans un état de syncope. A son rétablissement, on reconnut que les extrémités inférieures étaient tout-à-fait privées de sentiment et de mouvement. Il y avait en outre rétention d'urine, tuméfaction de l'abdomen, céphalalgie, dilatation de la pupille, anxiété extrême, déglutition diffi-

cile, respiration stertoreuse et ralentissement du pouls, tel qu'il ne battait plus que trente-huit fois par minute. Le malade se rétablit graduellement, et fut rendu à sa bonne santé au bout de trois semaines.

Les violences physiques exercées sur la colonne épinière sont suivies tantôt de perte de mouvement sans perte de la sensibilité, et d'autres fois de perte de la sensibilité sans perte du mouvement. Dans un fait remarquable, rapporté par M. Ollivier, il y avait incontinence d'urine avec perte de la sensibilité du pénis, du scrotum et des parties antérieures, postérieures et internes des cuisses, sans aucune perte du mouvement. Dans ces cas la sensibilité des parties affectées revient quelquefois graduellement, d'autres fois la lésion est permanente.

4. La commotion de la moelle épinière peut produire la paralysie permanente. Cette paralysie peut survenir immédiatement; les premiers effets du coup peuvent aussi disparaître, et un nouvel état morbide se manifester ensuite après un temps considérable. Nous avons déjà rapporté plusieurs exemples de cette marche de la maladie, dans les chapitres précédents. L'observation suivante montrera combien les symptômes primitifs peuvent, dans ces cas, être légers et marcher avec lenteur.

Obs. CXLVII. Un homme de cinquante-quatre ans avait fait, environ vingt ans auparavant, une chute d'un arbre, dans laquelle il était tombé sur le sacrum. On l'avait transporté chez lui avec une douleur à la partie inférieure du rachis et une paralysie complète des extrémités inférieures. Il resta au lit en cet état pendant environ vingt jours, puis il se rétablit et put reprendre les fonctions de son état. Mais, dès ce moment, il fut affecté d'une sensation particulière d'engourdissement, qui était confinée à la partie supérieure du pied gauche. Cette sensation ne lui occasionait aucun

inconvénient, mais elle ne le quitta jamais. Au bout de quatre ans, cet engourdissement s'étendit à la jambe et à la cuisse, et fut bientôt suivi de la paralysie de ces parties. Quelque temps après, il fut pris d'une douleur qui occupa la partie inférieure du dos et de la cuisse droite. Cette douleur fut bientôt suivie d'une paralysie de la cuisse et de la jambe droites. Le malade resta alors confiné au lit avec une paraplégie complète pendant environ deux ans. Quelque temps après, il reprit le mouvement, au point de pouvoir se traîner en s'appuyant sur deux béquilles. Il était dans cet état lorsque je le vis, il y a plus de onze ans. L'épine ne présentait aucune distorsion, mais le malade se plaignait d'une douleur profonde à la pression, vers la dernière vertèbre dorsale et au sommet du sacrum. Deux fontanelles furent établies par le caustique, et amenèrent quelque amélioration; le malade devint capable de lever les membres un peu plus haut en marchant, et de se tenir quelquefois sans béquilles, mais ensuite le mal resta stationnaire, et le malade fut tourmenté par une incontinence d'urine.

Les faits qui ont déjà été rapportés, nous font connaître l'état morbide qui s'est établi chez ce malade : c'est probablement une inflammation chronique de la moelle ou de ses membranes qui s'est manifestée, et qui s'est terminée par quelques-uns des états morbides que nous avons signalés. Nous avons vu que ces affections peuvent survenir par les plus légères violences exercées sur l'épine, qui, au moment où elles viennent d'arriver, peuvent ne déterminer aucun symptôme urgent, ou même sont de nature à fixer à peine l'attention. Les accidents se manifestent quelquefois après un si long intervalle, que le malade a même oublié le coup qu'il a reçu, ou que, s'il s'en souvient, il ne croit pas qu'il puisse avoir aucun rapport avec sa maladie. M. Charles Bell a observé un homme qui devint paralyti-

que des extrémités inférieures, plusieurs mois après s'être donné un léger coup sur l'épine, en se frappant le dos contre l'angle d'une table. Un monsieur se donna un léger tour de dos en sautant par-dessus un mur d'enclos, dans les plaines voisines d'Édimbourg. Il ne ressentit dans le moment qu'une légère douleur, mais au bout de quelques semaines ses extrémités inférieures se paralysèrent. Il resta quatre à cinq mois dans cet état; il se rétablit ensuite graduellement par le traitement ordinaire.

Les symptômes se manifestent d'autres fois dès la première période, et avec une telle intensité qu'ils indiquent distinctement un état inflammatoire. Un jeune homme, dont le docteur Jebb a fait mention, reçut un coup de pierre sur la région rachidienne; il fut, dès le même soir, pris de frisson, suivi de fièvre, qui fut intense toute la nuit et diminua vers le matin. Il eut en même temps de la douleur à l'estomac et au dos, avec contracture des jambes; ses membres s'affaiblirent, et au bout de dix jours cette faiblesse était devenue une paraplégie complète. On établit alors des fontanelles; le malade put marcher au bout de trois mois.

Toutes les violences physiques qui agissent sur l'épine, doivent être considérées comme méritant la plus grande attention, et il ne faut pas hésiter à recourir aux moyens les plus actifs, pour prévenir ou faire cesser les accidents morbides qui peuvent en être le résultat. Ce qui doit être l'objet le plus immédiat de la sollicitude du médecin dans ces cas, est l'état inflammatoire, qui peut être actif ou chronique; nous avons vu qu'il peut se développer d'une manière très insidieuse, même quand la violence a été si légère qu'elle n'a immédiatement attiré que peu et même nullement l'attention. Lorsque la violence est plus vive, il faut encore que l'attention du médecin se porte sur un autre objet, la fracture ou la dislocation des vertèbres. Nous

avons vu aussi que les symptômes les plus urgents peuvent suivre immédiatement la cause violente, et peuvent devenir rapidement funestes sans aucune affection des vertèbres; il est d'un autre côté souvent impossible de reconnaître exactement l'état des vertèbres, à cause de la tuméfaction extérieure qui se manifeste. Il faut d'ailleurs aussi ne pas perdre de vue que les vertèbres peuvent être fracturées, sans qu'il y ait aucun déplacement des parties, et qu'il est par conséquent, dans ces cas, impossible de reconnaître la fracture. Camper a rapporté un fait dans lequel la paraplégie se manifesta après un coup reçu sur le rachis, et guérit graduellement après douze mois. Celui qui en avait été le sujet mourut quelque temps après d'une fièvre, et l'on trouva que l'une des vertèbres lombaires avait été fracturée dans son corps sans déplacement, et s'était consolidée.

Le sujet dont je m'occupe me conduit à parler brièvement des blessures de la moelle épinière, sur lesquelles on a recueilli des faits bien remarquables. Un jeune homme, duquel M. Ollivier a parlé, reçut un coup de poignard au travers de la partie supérieure du cou; il tomba immédiatement, privé de la sensibilité et du mouvement dans toutes les parties du corps situées au-dessous de la tête. Il eut aussi une rétention d'urine, mais il ne s'en rétablit pas moins graduellement, et il put commencer à marcher au bout d'environ cinq mois. Dans un cas semblable, rapporté par M. Boyer, le malade se rétablit, mais avec la paralysie du bras droit et la perte de sentiment du côté gauche, dans toutes les parties situées au-dessous du thorax. On connaît ce fait, recueilli par Desault, sur un homme qui vécut vingt-quatre heures, et qui remua facilement tous ses membres, après que la moelle eut été complètement divisée par une balle, à la dixième vertèbre dorsale. Un cas

encore plus remarquable se trouve rapporté dans les *Mémoires de l'Académie des Sciences* : un homme reçut un coup d'épée entre la dernière vertèbre dorsale ; la blessure guérit, et cet homme se rétablit si bien, qu'il était capable de faire de longues marches. Au bout d'un temps considérable, la cicatrice devint douloureuse, suppura et fut débridée; un fragment de la pointe de l'épée, de deux pouces de long, en fut extrait. Il mourut en trente-six heures. On reconnut que l'épée avait pénétré entre les apophyses épineuses et transverses du côté gauche, avait complètement traversé le canal de l'épine, et s'était logée du côté opposé. On trouve, dans le premier volume des *Archives générales de Médecine*, une observation sur un homme qui reçut une balle de mousquet, qui pénétra par l'aine, et vint sortir près de la première vertèbre lombaire. La plaie se cicatrisa, mais bientôt après la sensibilité commença à se perdre autour de la cicatrice, et cette perte de sensibilité s'étendit graduellement à tout le côté gauche du corps, excepté la face; on pouvait pincer tous les points du thorax, de l'abdomen ou de l'extrémité abdominale ou thoracique de ce côté, sans déterminer aucune douleur. Le mouvement était conservé, quoiqu'il semblât cependant un peu plus faible que du côté opposé. La santé du malade n'était cependant point altérée. Lorsque cette affection eut duré des années dans cet état, elle fut guérie par l'application successive de larges vésicatoires.

SECTION X.

DE CERTAINES AFFECTIONS DES OS DU RACHIS.

Ce serait sortir de mon sujet, que de traiter à fond des affections des os du rachis; mais il est quelques circonstances qui se rapportent à ces maladies, et qui me semblent

devoir être brièvement rappelées et rapprochées des objets qui font partie de cet ouvrage.

Dans les cas ordinaires de carie et de distorsion des vertèbres avec paraplégie, on sait bien que ce n'est pas seulement à la distorsion qu'il faut attribuer la paraplégie, car elle peut exister à un haut degré sans la produire, et dans les cas où il y a en même temps distorsion et paralysie, ce dernier accident peut cesser entièrement, tandis que la distorsion persiste au même degré. Il paraît que les fonctions de la moelle épinière sont dérangées par l'inflammation des parties, et que les effets de cette inflammation, par rapport à la moelle, peuvent diminuer, quoique la maladie des os tende à déterminer une ankylose et une distorsion permanente. Il peut arriver aussi que l'inflammation se termine par une dégénérescence fongueuse des membranes ou par une affection chronique de la moelle épinière elle-même, et dans ce cas la paralysie devient irrémédiable. L'état morbide primitif paraît avoir quelquefois son siége dans les ligaments et les membranes rachidiennes, et d'autres fois il occupe les surfaces articulaires et les cartilages intervertébraux; d'autres fois enfin, il affecte le corps des vertèbres. C'est lorsque les vertèbres sont gravement affectées dans leurs corps, que la carie, qui en est la suite, produit la distorsion; mais cependant, même dans ce cas, la distorsion de l'épine n'est pas inévitable, car la carie peut exister de manière à diminuer la longueur de la colonne vertébrale également dans toute l'étendue de son épaisseur; la colonne rachidienne devient alors plus courte, tout en conservant sa rectitude. On dit que les choses se passent ainsi le plus fréquemment aux vertèbres lombaires. Le docteur Armstrong a rapporté un fait d'une grande importance, recueilli sur un enfant : il y avait excrétion involontaire des selles et des urines, respiration difficile et

paralysie de toutes les extrémités, excepté un reste de mouvement très-imparfait dans le bras gauche; il y avait beaucoup de douleur spontanée et déterminée par la pression aux vertèbres cervicales, mais non distorsion. Le rétablissement fut complet au bout de quelques mois; les vertèbres qui avaient été affectées restèrent ankylosées. La maladie, dans ce cas, était probablement confinée aux surfaces articulaires. M. Copeland a fait représenter dans une planche trois vertèbres dorsales, unies par une ankylose; les cartilages intervertébraux avaient disparu, et les corps des vertèbres n'avaient éprouvé aucune perte de substance. Le malade avait été paralysé, mais n'avait point présenté de distorsion évidente de la colonne rachidienne. Lorsque l'on rencontre des cas de cette espèce dans la pratique, il ne suffit donc pas de constater s'il existe ou non de la distorsion : il faut examiner tout le rachis avec grand soin, pour s'assurer s'il n'y a pas d'état inflammatoire; on le reconnaîtra à la douleur, ou à la sensibilité à la pression, ou à la douleur que déterminera le passage d'une éponge chaude, promenée sur la colonne épinière, comme l'a recommandé M. Copeland. La maladie, à sa première période, est quelquefois très-peu étendue : sur un malade que j'ai vu il y a très-peu de temps, elle était limitée à un point qui pouvait être presque couvert par l'extrémité du doigt sur un côté de l'épine; mais la sensibilité en ce point était telle que la plus légère pression y produisait la syncope. Le malade était un officier de marine, qui se rétablit par le traitement ordinaire.

Il faut toujours se livrer à l'examen le plus attentif de l'état du rachis, lorsqu'on observe quelqu'un de ces symptômes qui se rapportent aux affections de l'épine ou de la moelle de l'épine, spécialement s'ils ne cèdent pas facilement aux moyens de traitement ordinaires, ou s'ils sont survenus après des violences dirigées sur le rachis. Les

symptômes principaux de cette nature sont les suivants : la faiblesse, l'engourdissement ou les mouvements convulsifs d'un membre, les tressaillements spasmodiques des membres, survenant surtout pendant la nuit; l'affaiblissement de la puissance musculaire, tel que le malade se trouve incapable de faire les mouvements nécessaires pour le saut ou pour la course, bien qu'il puisse marcher d'une manière assez ferme; de l'engourdissement sur le bord des côtes, et une oppression et un serrement particulier à la région de l'estomac; différentes affections de la respiration, de la difficulté à excréter les urines et les matières fécales, ou à les retenir. On a quelquefois reconnu que des accidents, comme ceux que nous venons d'indiquer, dépendaient de maladies de la colonne épinière ou de la moelle, après qu'on les avait confondus avec des affections dyspeptiques ou asthmatiques, ou avec des maladies de l'urèthre ou du rectum. Nous avons rapporté un fait dans lequel une maladie de la moelle épinière s'accompagna, à une période de son développement, de tous les symptômes de l'hypertrophie du ventricule gauche du cœur; ces accidents disparurent long-temps avant la mort, et l'on reconnut à l'ouverture du cadavre que le cœur était parfaitement sain.

Il est démontré que des maladies des plus graves peuvent exister dans la moelle épinière ou ses membranes, quoiqu'on ne puisse rien reconnaître qui annonce leur présence à l'examen le plus attentif du rachis. Ces maladies sont tout-à-fait distinctes de celle qui nous occupe maintenant, et dont on ne peut recherchér avec trop de soin les premiers symptômes. Il est un phénomène dont il faut en particulier se défier avec grand soin; c'est un sentiment de serrement ou de constriction sur le bord des côtes, comme celui que produirait une corde serrée autour du corps à la région de l'estomac. Ce symptôme est généralement accompagné d'un sentiment de distension à la partie inférieure de

l'abdomen, comme si les intestins avaient perdu en partie le pouvoir d'expulser leur contenu. Ces accidents peuvent n'être considérés que comme l'effet de la dyspepsie ou de la présence de flatuosités, et souvent ils ne sont effectivement rien autre chose; cependant, un observateur attentif trouve souvent en eux les premiers indices d'une maladie dangereuse de l'épine, lesquels existent avant qu'il se manifeste aucun dérangement dans les membres, et avant qu'on puisse reconnaître directement aucun état morbide dans l'épine elle-même. Dans un des derniers cas qui se sont offerts à mon observation, les symptômes que je signale s'étaient montrés plus de trois mois avant qu'une saillie fût reconnue vers une des dernières vertèbres dorsales, et que la paraplégie complète succédât immédiatement à ce dernier symptôme.

Il faut aussi remarquer que les symptômes, affectant les organes internes, peuvent exister avec des maladies de l'épine, sans être liés avec aucun dérangement dans les fonctions des membres ou avec aucun autre symptôme qui puisse appeler l'attention sur le rachis comme siége de la maladie. Une jeune fille, qui a été le sujet d'une observation de M. Copeland, éprouvait de la difficulté et de la douleur pour rendre ses urines; de la douleur et de la constriction au bord du thorax, et de la difficulté à respirer; elle ne présentait aucun symptôme du côté des membres, si ce n'est qu'elle se fatiguait plus aisément que ses compagnes. On reconnut une légère saillie d'une des vertèbres dorsales; des saignées locales et des vésicatoires sur cette partie, avec le repos dans une position horizontale, amenèrent son rétablissement. Le docteur Jebb a rapporté une observation sur un homme qui avait une douleur au-dessous des fausses côtes des deux côtés, avec de la toux et de l'irrégularité dans le pouls; des douleurs lancinantes, qui ressemblaient à des douleurs rhumatismales, irradiaient des parties affectées vers les cuisses,

et rendaient la marche très-pénible. On reconnut que la neuvième ou dixième vertèbre dorsale faisait une saillie; on ouvrit des exutoires en ce lieu, et tous les accidents cessèrent.

Les remèdes sur lesquels nous comptons particulièrement dans toutes ces sortes d'affections, sont les saignées locales, les vésicatoires, les fontanelles et le repos dans une position horizontale. On a publié des faits qui montrent les bons effets du mercure dans certaines conditions de la maladie. Une jeune fille, dont parle M. Charles Bell, reçut sur l'épine un coup dont les suites furent si fâcheuses, qu'elle resta confinée au lit pendant huit mois dans l'état le plus désespéré, le dos fléchi et les genoux rapprochés du ventre. Elle se rétablit complètement par l'usage du mercure, qui lui fut administré parce qu'on apprit qu'elle avait été infectée de syphilis dans le temps de l'accident. On lit dans les *Transactions de la Société pour les progrès de la médecine et de la chirurgie*, l'histoire d'un homme qui fut pris de strabisme, de difficulté d'avaler, de gêne dans l'articulation des mots, de paralysie de la jambe et du bras gauches, et de proéminence de plusieurs des vertèbres cervicales. Tous ces accidents disparurent par l'usage du mercure, et la saillie des vertèbres diminua sans cependant cesser entièrement. On a souvent guéri les malades en les retenant long-temps dans une position horizontale, sans aucun autre moyen de traitement : le fait que j'ai emprunté au docteur Armstrong est un exemple de guérison ainsi obtenue.

Le rachis peut être affecté de caries étendues, sans qu'il existe aucun symptôme qui annonce l'existence de cet état morbide. Un malade, observé par M. Charles Bell, qui avait été sujet à de vives douleurs dans le dos et à des attaques de palpitations, mourut subitement après une longue mar-

che; la seule lésion morbide que l'on reconnut à l'ouverture de son cadavre fut un abcès scrophuleux considérable dans le médiastin postérieur, avec carie de plusieurs vertèbres, si étendue que la moelle épinière était mise à nu dans beaucoup de points. J'ai vu un abcès semblable dans le médiastin postérieur, avec carie du corps de cinq à six vertèbres, sur une jeune fille qui mourut de phthisie. Elle s'était plaint depuis quelque temps d'une vive douleur dans le dos, mais les autres accidents qu'elle éprouvait ne différaient d'ailleurs pas des accidents ordinaires de la phthisie. Une semblable affection des vertèbres lombaires, avec un abcès dans le psoas, qui contenait deux livres de pus, a été décrite par M. Benjamin Bell [1]; les vertèbres étaient si malades que de larges portions s'en étaient séparées, et que le pus était en plusieurs points en contact avec la moelle rachidienne. Le malade, qui était un homme de quarante ans, s'était plaint d'une vive douleur dans le dos et les cuisses, qui l'empêchait de se tenir debout. Il n'existait pas de distorsion de l'épine ni de paralysie; il avait une gêne considérable dans la respiration, que l'on attribuait à l'affection des poumons.

On a conservé des observations sur des cas remarquables de cette espèce, dans lesquels des maladies étendues n'ont point eu de terminaison funeste. Duverney a trouvé l'atlas tellement porté en avant sur le grand trou occipital, qu'il ne restait pas plus de deux lignes de diamètre pour le passage de la moelle. Bertin a décrit une préparation dans laquelle il trouva l'atlas ankylosé avec l'os occipital, dans une position telle que son arc postérieur croisait le grand trou occipital à son centre. L'histoire de ce fait n'a pas été donnée, mais il est évident, par l'existence même de l'ankylose, que ce cas n'a pas été promptement fatal. On a rencontré

[1] *Edimb. med. com.* vol. III.

de semblables adhérences osseuses, quoique moins étendues, das les cas ordinaires de carie de l'épine, terminées par distorsion ou par ankylose, mais sans paralysie.

Je me trouve naturellement amené par mon sujet, à parler succinctement de quelques-uns des phénomènes qui dépendent des affections de l'apophyse odontoïde.

1. L'apophyse odontoïde peut être cariée sans qu'il en résulte de symptômes graves, jusqu'à ce qu'elle se déplace subitement, et qu'elle produise ainsi la mort. M. Copeland a parlé d'un homme qui avait fait usage du mercure pour une maladie du tibia. Il se plaignait depuis quelque temps de roideur et de douleur dans les mouvements de la tête; en faisant un effort subit pour tourner la tête, il fut pris de convulsions, et mourut en quelques heures. On trouva à l'ouverture du cadavre, l'apophyse odontoïde complètement détachée de la vertèbre, et érodée par la carie. M. Ollivier a rapporté l'histoire d'une femme qui avait de la douleur dans le cou, et la déglutition difficile. Les muscles cervicaux étaient roides, le moindre mouvement de la tête était insupportable, de manière que la malade était forcée de rester dans la position horizontale, et même dans l'immobilité; elle fut prise de toux et de respiration difficile, et elle mourut enfin au bout de quelques mois. Il y avait une maladie étendue des poumons, et l'apophyse odontoïde était entièrement détruite par la carie. La position dans laquelle cette femme était restée long-temps confinée avait probablement retardé sa mort.

2. L'apophyse axoïdienne peut être luxée par violence : on en connaît plusieurs exemples. M. Charles Bell rapporte le cas d'un homme qui fit un violent effort pour pousser une brouette, de la rue sur un trottoir élevé; la brouette revint subitement sur lui, il tomba de manière que son menton porta sur une pierre courbe : il mourut en quel-

ques secondes. L'apophyse odontoïde avait comprimé la moelle épinière après la rupture des ligaments qui la fixent.

3. Les ligaments de l'apophyse odontoïde peuvent, à ce qu'il paraît, céder graduellement, et déterminer ainsi des symptômes graves quelque temps avant que la mort n'arrive. Il y a quelques années qu'on reçut à l'infirmerie d'Édimbourg un homme habitué à porter des fardeaux sur l'épaule gauche, la tête étant par conséquent inclinée sur le côté droit; il se plaignait d'une douleur au front et à l'occiput, qui s'étendait dans le cou; il avait de la douleur à la gorge, et une grande difficulté, ou plutôt de l'impossibilité à avaler; les aliments qu'il portait dans l'œsophage étaient rejetés avec violence, après qu'ils avaient pénétré à une faible profondeur; il avait de la roideur dans le cou et au dos, comme dans le tétanos; l'articulation des mots était lente et difficile, et son pouls donnait cinquante-quatre pulsations. Ces accidents avaient commencé environ six semaines auparavant, et avaient fait des progrès graduels. La difficulté d'avaler avait été l'un des premiers symptômes. Deux jours après son entrée à l'hôpital, cet homme devint paralytique du côté gauche; le lendemain, le côté droit fut affecté de la même manière, et la respiration devint pénible; il mourut trois jours après, ayant perdu la faculté de mouvoir toutes les parties situées au-dessous du cou. On trouva à l'ouverture du cadavre, que les ligaments avaient cédé sur le côté gauche de l'apophyse odontoïde, de manière à permettre à cette partie d'aller comprimer la moelle épinière. On ne trouva aucune autre trace de maladie dans aucun organe.

Je dois l'importante observation qui suit au docteur Hunter; elle justifie plusieurs des remarques que nous avons présentées dans cette section, et elle montre une paralysie complète dépendant d'une maladie des vertèbres,

sans aucune affection remarquable du corps de la moelle épinière.

Obs. CXLVIII. Une jeune fille de quinze ans commença, dans le début de l'année 1825, à se plaindre d'une douleur obtuse dans le cou, qui gênait ses mouvements jusqu'à un certain point; elle devint languissante, abattue et pâle; les accidents se manifestèrent ainsi sans exciter beaucoup d'attention jusque vers le milieu de mars. Le docteur Hunter fut alors consulté par elle, à cause d'une augmentation de douleur cervicale, accompagnée d'une tuméfaction considérable de la partie postérieure du cou; plusieurs tumeurs se montrèrent aussi sur le crâne; elles devinrent fluctuantes, et en les ouvrant, on reconnut que l'os était carié au-dessous d'elles; la tumeur du cou augmenta graduellement, et devint considérable aux deux côtés de l'épine; elle se ramollit irrégulièrement; lorsqu'elle fut ouverte, il s'en écoula une petite quantité de matière strumeuse de mauvais aspect. La douleur cervicale augmenta, au point d'empêcher complètement le mouvement; elle s'étendit en même temps au côté gauche de la tête et de la face; elle se fixa pendant un certain temps, chaque jour, avec une violence excessive, au-dessus de l'œil gauche. Cet état morbide ne tarda pas à s'accompagner d'un engourdissement des extrémités supérieures, qui augmenta jusqu'à la paralysie complète; il survint aussi une contracture des muscles fléchisseurs des jambes avec un léger degré de distorsion de la bouche; le pouls devint fréquent; la respiration était naturelle pendant la veille, mais, pendant le sommeil, elle était accompagnée d'un ronflement bruyant; l'appétit était tolérable, et les autres fonctions s'exécutaient bien; la carie des os du crâne pénétra graduellement les deux tables sans aucune altération des fonctions du sensorium. Une ou deux nouvelles ouvertures se firent à la tumeur du cou, qui con-

tinua à fournir du pus; la malade s'émacia de plus en plus, et mourut épuisée, le 1er janvier 1827.

Ouverture du cadavre. — Une incision sur la partie postérieure du dos donna issue à une quantité considérable de matière, qui se trouvait en contact avec les vertèbres. Les parties molles environnantes étaient dégénérées en un état de pulpe; les quatre premières vertèbres étaient plus ou moins cariées; cette altération était surtout remarquable à la première et à la seconde vertèbres; les surfaces articulaires de l'atlas étaient profondément érodées, et l'on remarquait une érosion semblable des surfaces articulaires de l'occipital. Quant à la deuxième vertèbre, son apophyse odontoïde était entièrement séparée du corps de l'os, la carie l'avait complètement pénétrée à sa base, et la partie postérieure de la vertèbre avait elle-même éprouvé une perte considérable de substance; les membranes de la moelle étaient épaissies, le prolongement rachidien lui-même était légèrement ramolli à sa partie supérieure, mais non à un degré notable.

Meyrieu a rapporté un cas remarquable très-analogue à celui-ci. Le malade eut une douleur et de la roideur au cou; sa tête fut portée et fixée d'un côté, la déglutition devint difficile, et au bout de quelques mois tous les membres furent paralysés. Ce malade périt subitement après un mouvement accidentel qu'il imprima à sa tête en se remuant dans son lit. Les parties molles du cou étaient tuméfiées et ramollies; le condyle droit de l'occipital était carié, ainsi que le côté droit de l'atlas et l'apophyse odontoïde; les ligaments étaient détruits, en sorte que l'atlas était détaché de l'os occipital [1].

Je termine cette section par l'observation suivante, dans laquelle la maladie de l'apophyse odontoïde était compli-

[1] *Bull. de la Faculté de Méd.*; 1821.

quée de la présence d'un tissu de nouvelle formation, qui présentait les caractères du fungus hœmatodes.

Obs. CXLIX. Un jeune homme de vingt-deux ans, scrophuleux, avait été amputé dans le commencement de sa vie, pour une maladie que l'on disait avoir occupé le genou; il était resté sujet à des douleurs de poitrine avec hémoptysie. Au commencement de 1828, il commença à se plaindre de douleur et de roideur dans le cou, qu'il rapportait particulièremet au côté gauche de cette partie, et qui augmentait beaucoup par les mouvements de la tête. La douleur s'étendait quelquefois dans le larynx, et en arrière vers le scapulum. Après qu'on eut obtenu un soulagement considérable par l'application des vésicatoires répétés, etc., les symptômes se renouvelèrent, s'accompagnèrent d'anorexie, de fréquence dans le pouls, et de sueurs nocturnes; aussitôt après, la déglutition devint difficile, il se manifesta de la dyspnée et de l'enrouement; le malade se plaignait aussi en même temps d'une douleur vive à la partie postérieure de la tête, qui augmentait beaucoup dans les mouvements, au point qu'il était obligé de supporter sa tête avec ses deux mains, lorsqu'il avait à changer de position. Bientôt il fut affecté de paralysie de la langue et de la paupière supérieure de l'œil gauche. Le 16 janvier 1829, il eut une paralysie du bras gauche, et deux jours après le bras droit fut paralysé de la même manière; les urines ne purent alors être excrétées qu'avec une grande difficulté et beaucoup de douleurs; il y eut en même temps une constipation que rien ne put vaincre. Le 29, les extrémités inférieures se paralysèrent, et il mourut le 31, après avoir beaucoup souffert, par la difficulté de respirer, le jour auquel il mourut.

Ouverture du cadavre. — Le pharynx et toutes les autres parties extérieures du cou étaient sains; les vertèbres n'offraient extérieurement aucune apparence de maladie; le

cerveau et le cervelet étaient sains, seulement ils présentaient quelques traces d'injection. Une tumeur attachée à la surface interne de la dure-mère, sur ses parties antérieures et latérales, occupait le grand trou occipital. Cette tumeur était spongieuse, d'une couleur jaune-grisâtre, et offrant une structure comme celle du fungus hœmatodes. L'apophyse odontoïde était rugueuse et cariée à sa surface; elle avait tellement augmenté de longueur qu'elle pénétrait d'un demi-pouce dans la cavité du crâne. Les ligaments étaient aussi en partie détruits, en sorte qu'ils permettaient évidemment à cette éminence osseuse de s'avancer dans le canal vertébral, et de comprimer la moelle épinière; le prolongement rachidien, à sa partie supérieure, était aplati, mais non matériellement altéré dans sa texture.

Il n'est pas nécessaire d'entrer dans de longs détails sur le traitement des maladies de la moelle épinière; ce traitement repose sur les mêmes principes que celui des affections correspondantes du cerveau. Dans les maladies les plus aiguës de la moelle, il faut en général insister sur les saignées générales et locales abondantes, secondées par l'application des vésicatoires, l'administration des purgatifs et les autres moyens auxiliaires. Lorsque la maladie est chronique, le traitement doit surtout consister dans les saignées locales, les vésicatoires et les fontanelles, placés sur le siége du mal, et secondés par la position horizontale. Dans les premières périodes de ces maladies, je regarde comme un très-bon traitement, après de larges saignées locales, d'appliquer successivement un très-grand nombre de vésicatoires, alternativement de l'un et de l'autre côté du rachis. On obtient aussi dans quelques cas de grands avantages des purgatifs d'une activité modérée, et long-temps continués.

SECTION XI.

OBSERVATIONS PROPRES A ÉCLAIRER LA PATHOLOGIE DE LA MOELLE ÉPINIÈRE.

Je ne présente les observations que je viens de réunir sur les maladies de la moelle épinière, que comme un essai imparfait sur cet important sujet, dans le but surtout d'attirer l'attention de ceux qui auront des occasions de continuer ces recherches. Si l'on examine les phénomènes que l'observation fait reconnaître dans les maladies de la moelle épinière, on y trouve des affections de tous les principaux organes du corps. Dans les parties qui dépendent de la tête et du cou, nous rencontrons les distorsions des yeux, les affections convulsives de la face, la gêne et la perte de la parole, l'extinction de la voix, le serrement de la mâchoire, ressemblant au trismus, et la difficulté d'avaler, que l'on a, avec raison, dans quelques cas, trouvée ressembler à l'hydrophobie. Dans les viscères du thorax, l'observation nous a montré l'oppression, les palpitations et une action forte et irrégulière du cœur; une sensation douloureuse de resserrement à la région diaphragmatique, et la difficulté de respirer, qui quelquefois a été permanente, et d'autres fois s'est reproduite en paroxysmes ressemblant à l'asthme. Dans les organes de l'abdomen et du bassin, nous voyons les vomissements, la douleur des intestins, ressemblant à la colique; le ténesme, l'excrétion involontaire des matières fécales et la rétention ou l'incontinence d'urine. Dans les muscles, nous avons observé les convulsions et la paralysie; ces convulsions sont quelquefois semblables à celles de la chorée, et d'autres fois au tétanos. Nous ne sommes nullement préparés à établir, dans l'état présent de la science, que tous ces accidents procèdent di-

rectement des affections de la moelle épinière, d'autant plus que nous observons des différences remarquables et un grand défaut d'uniformité dans les symptômes. Ce sujet présente un champ d'observations qui promet les plus importants et les plus intéressants résultats. On a aussi ouvert un vaste champ de conjectures, relativement à l'influence de la moelle épinière dans plusieurs maladies, qui ont été jusqu'ici enveloppées de beaucoup d'obscurité. Il ne faut pas admettre toutes ces conjectures sans restriction, mais elles sont surtout d'une grande valeur, en dirigeant l'attention sur des sujets dignes de devenir l'objet de recherches par de nouvelles observations qui peuvent principalement se rapporter aux points suivants :

1. *Maladies spasmodiques.* — Plusieurs habiles écrivains ont pensé que beaucoup de maladies nerveuses et spasmodiques dépendent de l'affection de la moelle épinière. Hoffmann, dans son essai *de Morbis discernendis*, a cherché à établir une distinction entre l'épilepsie et les convulsions. Il attribue la première de ces maladies à l'affection des membranes du cerveau, et la seconde à celle des membranes de la moelle épinière. Dans son *Traité des maladies convulsives*, il divise ces maladies en idiopathiques et en symptomatiques : les premières sont, selon lui, l'effet de l'irritation des membranes de la moelle épinière, et il suppose que les dernières dépendent de maladies d'autres organes; maladies dont l'effet s'étendrait à tout le corps par leur influence sur la moelle épinière. Ludwig discute plus spécialement la même doctrine, en attribuant plusieurs affections hypochondriaques et hystériques à l'irritation de l'origine des nerfs intercostaux, et en expliquant les affections des poumons, du larynx, etc., dans ces cas, par la connexion de ces nerfs avec le nerf vague. Lieutaud prétend que toutes les affections convulsives dans lesquelles la parole n'est pas gênée,

dépendent de l'affection de la moelle épinière; il cite le tétanos pour exemple; la même doctrine est adoptée par Borsieri, Fernel, Belfinger (*de Tetano*); Portal suppose qu'une légère pression sur la moelle épinière produit les convulsions, et une plus forte la paralysie, et il établit qu'on détermine le passage de l'une à l'autre par l'augmentation graduelle de la pression.

Il faut convenir que, dans l'état actuel de la science, ces doctrines, quoique ingénieuses, ne peuvent guère être considérées que comme des conjectures. On a cependant rapporté des faits, et nous en avons aussi vu, dans lesquels on a observé des symptômes semblables à ceux de la chorée ou du tétanos, liés à des maladies de la moelle épinière. Hoffmann parle d'un enfant qui fut pris, après une chute sur le sacrum, d'une violente affection convulsive, ressemblant presqu'au tétanos, accompagnée de perte de la mémoire, de difficulté d'articuler, et de délire. Les accidents continuèrent avec beaucoup d'intensité pendant cinq jours, et revinrent ensuite pendant six mois, à des périodes presque régulières. Borsieri rapporte le cas d'un homme qui mourut du tétanos, pour s'être exposé au froid étant ivre. On trouva à l'ouverture du cadavre une grande quantité de sérosité jaune visqueuse sous la tunique externe de la moelle épinière. Frank rapporte aussi le cas d'un *horrible tétanos*, qui fut déterminé par un coup sur le rachis, mais il ne dit pas ce qu'on rencontra à l'ouverture du cadavre. On a rapporté plusieurs faits, dans lesquels différentes maladies du tube digestif ont présenté des symptômes ressemblant exactement à ceux du tétanos. Le docteur Reid, dans son ouvrage sur le tétanos, a publié des recherches sur cet important sujet. En général, il paraît vrai que, bien que des symptômes tétaniques accompagnent différentes affections de la moelle épinière, la maladie proprement considérée comme le tétanos idiopathique, est d'une

nature entièrement différente, et encore enveloppée d'une grande obscurité [1].

2. *La colique des peintres.* — J'ai rapporté le cas d'une femme dont a parlé Bonet, chez laquelle la paralysie succéda à une violente colique. Un épanchement séreux considérable se trouva dans les membranes de la moelle épinière. Privatius, cité par Sauvages, rapporte qu'une femme, après avoir souffert d'une violente gastrodynie pendant trois heures, fut attaquée d'une paralysie de toutes les parties situées au-dessous du cou, et mourut en deux mois. Dès la première période de la maladie, une saillie s'était manifestée à la dernière vertèbre cervicale, mais il ne donne aucun détail sur l'ouverture du cadavre. On supposa que la douleur était symptomatique d'un état morbide de la moelle épinière, semblable à celui auquel plusieurs auteurs du continent ont attribué la colique de Poitou. On sait qu'ils ont considéré cette maladie comme une véritable inflammation de la moelle épinière (*Rachialgia saturnina*), et, d'après cette vue, ils ont proposé de la traiter par la saignée [2].

[1] Nous avons examiné avec le plus grand soin les organes du corps de deux sujets morts du tétanos idiopathique; tout le cerveau et la moelle épinière et leurs annexes, les nerfs ganglionaires, les principaux troncs nerveux ont été examinés avec la plus minutieuse attention; nous n'avons rencontré aucun désordre appréciable. Le sang des tétaniques, après la mort, reste liquide et vermeil; il est en assez grande quantité. Il en résulte que, sur les cadavres, au moment de la dissection, il teint les tissus; il se trouve d'ailleurs accumulé par la position du cadavre dans les parties postérieures, et surtout autour du rachis. Cette circonstance nous paraît avoir pu induire souvent en erreur sur l'état des organes rachidiens des tétaniques. A. N. G., *trad.*

[2] Astruc, *Quæstio medica, an morbo colicæ pictonum, rectius rachialgiæ, venæsectio?*

L'opinion d'Astruc, que cite ici M. Abercrombie, est une hypothèse démentie par les faits, au moins en ce qui concerne la colique de plomb, qu'il regarde comme identique à la colique végétale ou de Poitou; je me livre à des recherches multipliées sur la colique de plomb; j'ai traité depuis quatre ans un très-grand nombre de malades atteints de cette affection. Le

3. *La fièvre.* — Baillou attribue plusieurs symptômes de la fièvre à une affection de la moelle épinière, particulièrement la douleur dans le dos, les tremblements des membres, et l'oppression de la respiration. J'ai déjà rapporté, d'après Brera, un cas remarquable, dans lequel la moelle épinière s'affecta dans une fièvre maligne, et Rachetti rapporte le cas d'une fille qui mourut d'une fièvre pétéchiale, dans laquelle elle tomba dans le coma. On trouva, à la dissection, des traces évidentes d'inflammation dans la moelle épinière

traitement antiphlogistique échoue constamment dans le traitement de cette maladie, à moins qu'elle ne soit très-légère, et que les émissions sanguines soient portées très-loin, de manière à jeter le malade dans un état de débilité des plus graves, et encore ai-je vu, dans ces cas, la maladie se reproduire aussitôt que les forces du malade commençaient à se relever. Cette indication, tirée *à juvantibus et lædentibus*, se confirme par l'efficacité constante de moyens opposés, soit pris parmi les évacuants, comme le traitement de la Charité, soit par les résultats du traitement spécifique que j'ai découvert. L'emploi de l'acide sulfurique, qui n'échoue jamais, détermine rapidement la guérison de la colique de plomb, et ne laisse aucun dérangement dans les fonctions de la moelle épinière, qui assurément ne guérirait pas ainsi si elle était enflammée.

Je n'ai vu mourir que quatre individus de la colique de plomb. Ils ont succombé par des accès épileptiformes, et c'étaient pour la plupart des sujets dont la maladie, devenue chronique, était compliquée de la paralysie des bras ou des mains. Je l'ai presque toujours trouvée incurable. J'ai fait sur les cadavres de ces individus, les recherches les plus minutieuses, et je n'ai pas rencontré la plus légère trace de maladie dans le cerveau, dans la moelle épinière, dans les méninges cérébrales et rachidiennes, dans les ganglions du grand sympathique, dans les nerfs qui se rendent aux parties paralysées et dans le tube digestif. Je me défie de l'existence réelle d'un état morbide dans ces faits rapportés par les auteurs, dans lesquels on aurait trouvé des épanchements séreux sous les membranes de la moelle rachidienne.

J'ai observé assez souvent l'éclampsie, la paralysie, et même une véritable manie, produites par l'action du plomb, sans qu'il survienne de colique, surtout chez des ouvriers soumis à l'action extrêmement active du peroxide de plomb, que j'ai préservés de la colique par l'administration prophylactique de l'acide sulfurique. J'en conclus que chez les sujets qui ont présenté ces mêmes accidents avec la colique de plomb, le système nerveux est directement et immédiatement affecté par les causes de la maladie.

A. N. G., *trad.*

et ses membranes, et une certaine quantité de matière puriforme autour de la queue de cheval; il y avait aussi des traces d'inflammation dans le cerveau et ses membranes [1].

4. *L'épilepsie.* — M. Esquirol a présenté, il y a quelques années, à la Faculté de Médecine de Paris, un Mémoire sur l'épilepsie, dans lequel il annonce qu'il a examiné le corps de quinze personnes mortes d'épilepsie, et qu'il a trouvé chez toutes la moelle de l'épine malade. Les dissections n'ont cependant pas fait reconnaître de lésions uniformes : dans un cas, on a trouvé des hydatides; dans un autre, les membranes étaient comme injectées; sur un troisième, l'arachnoïde de la moelle était grisâtre. Sur plusieurs de ces cadavres, la substance de la moelle était plus molle en certains points que dans l'état naturel; sur un autre, elle était plus dure. Dans un de ces corps, la moelle épinière, au lieu correspondant aux onzième et douzième vertèbres dorsales, était ramollie et d'un brun clair. Sur une jeune femme, dont les attaques revenaient avec les règles, la guérison fut obtenue par des applications répétées de moxas sur le rachis.

5. *L'hydrophobie.* — M. Salin semble avoir le premier soupçonné que cette horrible maladie avait son siége dans la moelle épinière, et un fait qui a été rapporté dans le cahier d'octobre 1817, du *Journal de Médecine et de Chirurgie* du docteur Johnson, semble donner quelque probabilité à cette conjecture. La maladie fut très-prononcée, violente et rapidement funeste. Les membranes du cerveau étaient très-injectées, et il y avait un épanchement séreux hydrocéphalique considérable, mais les principaux désordres morbides se trouvaient dans les parties qui recouvrent le pont de Varole, dans la moelle allongée et la partie supérieure de la moelle épinière. Ces parties formaient, dit-on, une

[1] Bachetti, *della Struttura, delle funzioni e delle malattie della midolla spinale.*

couche vivement enflammée, et sur la moelle épinière cette couche était plus intense que sur aucune autre partie [1].

6. Frank suppose que *plusieurs cas de dyspnées* viennent d'une maladie qui a son siége à l'origine des nerfs phréniques, et Portal a considéré la difficulté de parler et d'avaler comme dépendant fréquemment d'un engorgement dans la portion cervicale de la moelle épinière.

J'abandonne toutes ces conjectures au lecteur; je me presserai seulement d'appeler son attention sur plusieurs points qui dépendent du sujet qui nous occupe, et qui sont bien propres à montrer toutes les difficultés et l'obscurité dont il est encore entouré.

J'ai rencontré plusieurs cas très-remarquables, qui m'ont présenté tous les caractères d'une maladie intense de la moelle épinière, et dans lesquels on n'a rien pu trouver, soit dans le cerveau, soit dans la moelle spinale, qui pût, même au plus faible degré, rendre compte des symptômes.

Obs. CL. Une femme âgée de trente-cinq ans fut prise d'un engourdissement dans le pouce de la main gauche, qui s'étendit graduellement à toute la main et au bras. Le membre devint alors demi-paralysé, et fut affecté de mouvements involontaires, qui ressemblaient exactement à ceux

1 J'ai observé plusieurs hydrophobes, et j'ai assisté à l'ouverture des cadavres d'un plus grand nombre encore; il n'y a que quelques mois que j'ai suivi cette horrible maladie, depuis les premiers symptômes jusqu'à sa funeste terminaison; je n'ai jamais vu la moindre trace d'inflammation ou de lésion quelconque dans les organes encéphalo-rachidiens, ni dans les nerfs qui en proviennent, non plus que dans les nerfs ganglionnaires. La seule lésion que j'aie reconnue est un développement considérable, le plus souvent inflammatoire, des cryptes muqueuses de la base de la langue, du pharynx et de l'orifice supérieur du larynx. Les hydrophobes meurent asphyxiés: on trouve dans leurs cadavres, comme dans ceux des tétaniques, une congestion assez marquée dans les veines pulmonaires, un état général de congestion des principaux viscères, et particulièrement du cerveau, et le sang liquide d'un rouge obscur dans les vaisseaux.

A. N. G., *trad.*

de la chorée. Ces accidents continuèrent pendant plusieurs semaines, et cessèrent ensuite graduellement; le bras revint alors à son état de santé; presque immédiatement après, la main et le bras droits s'affectèrent de la même manière, et les accidents cédèrent aussi au bout de quelque temps; puis les jambes devinrent le siége de tressaillements, de tiraillements involontaires. La malade sentait en marchant comme si les membres tendaient à s'échapper de dessous son corps d'un côté. Ces accidents continuèrent de cette manière pendant quelque temps, et se terminèrent ensuite par une paraplégie complète avec rétention d'urine, qui exigeait l'usage constant du cathéter. La malade fut confinée au lit pour neuf mois, et mourut d'une gangrène étendue du sacrum et de la partie supérieure des cuisses. Quelque temps avant sa mort, elle avait recouvré l'action de la vessie.

Ouverture du cadavre. — On ne put trouver aucune trace de maladie dans le cerveau et dans la moelle épinière. Seulement la queue de cheval était d'une teinte très-brune, comme si elle eût été trempée dans du sang veineux : il existait aussi du fluide sanguinolent autour d'elle. Le sacrum était remarquablement ramolli et carié en quelques points; il était couvert extérieurement par une grande quantité de sanie : tous les autres viscères étaient sains [1].

Obs. CLI. Un médecin âgé de trente ans, qui avait été pendant plusieurs années dans la marine, vivait à Édimbourg en parfaite santé, lorsque ses amis s'aperçurent qu'il traînait la jambe en marchant. Il ne s'en était pas d'abord aperçu, mais il sentit aussitôt dans ses deux jambes une faiblesse et une lenteur à obéir à la volonté, qui aug-

[1] Ce serait mal apprécier les lésions trouvées dans ces cas sur les nerfs de la partie inférieure de la moelle, que de les considérer comme idiopathiques; cette teinte brune de la queue de cheval et cet aspect sanguinolent du fluide environnant, provenaient de l'affection du sacrum.

A. N. G., *trad.*

mentèrent graduellement jusqu'à une paralysie presque complète; quelque temps après que les jambes eurent commencé ainsi à s'affecter, il commença à perdre le mouvement dans les bras. Ce dernier accident augmenta, au point qu'il ne resta au malade que des mouvements très-faibles et sans précision. Les membres devinrent aussi le siége de fréquents tressaillements convulsifs, en sorte qu'il jetait loin de lui avec violence tout ce qu'il voulait porter. Ses jambes tremblaient souvent de la même manière, et étaient jetées avec une violence considérable, spécialement lorsqu'il voulait les remuer ou qu'il se levait d'un siége. Ce malade était d'ailleurs en très-bonne santé, et on ne put trouver de trace de maladie dans les os de l'épine. Deux ans après l'invasion de ces accidents, il fut pris d'une phthisie à laquelle il succomba dans le mois de septembre 1822. J'examinai le cadavre avec le plus grand soin, et je ne pus découvrir de trace de maladie, soit dans le cerveau, soit dans la moelle épinière.

Obs. CLII. Une servante, âgée d'environ vingt ans, se donna un effort dans le dos en levant un fardeau; elle n'en ressentit d'abord aucun accident, mais, quelque temps après, elle fut prise des faiblesse de jambes, qui augmenta graduellement jusqu'à la paraplégie complète. Quelque temps après, l'affection s'étendit au bras; il ne lui resta pas alors de possibilité d'effectuer le plus léger mouvement d'aucune partie située au-dessous de la tête. Elle ne pouvait remuer légèrement que quelques doigts, mais les fonctions internes s'exécutaient toutes parfaitement, la parole était libre, seulement la malade était quelquefois prise, en parlant, de quelques mouvements spasmodiques des lèvres et de la mâchoire inférieure. Elle vécut dans cet état, sans aucun changement dans les symptômes pendant environ vingt ans; la santé générale resta bonne. On la levait tous les matins, et on la plaçait sur un siége disposé de ma-

nière à la soutenir assise. Les bras étaient supportés par une planche en croix qui passait devant elle. S'il arrivait, par accident, qu'un de ces membres quittât ce support, elle était obligée d'appeler quelqu'un pour le replacer. Une fois qu'on l'avait laissée seule pendant deux heures, son bras quitta le support, et sa main devint excessivement œdémateuse. Si sa tête s'inclinait sur le thorax, elle y restait jusqu'à ce qu'elle fût relevée par un aide. Les facultés intellectuelles conservaient leur intégrité. Elle mourut après quatre jours de maladie avec des symptômes de fièvre lente typhoïde. Je disséquai son cadavre avec le plus grand soin, avec l'assistance du docteur Pitcairn, qui avait l'habitude de la voir depuis plusieurs années, et nous ne pûmes découvrir aucune trace de maladie, soit dans le cerveau, soit dans la moelle épinière.

Obs. CLIII. Une demoiselle de trente ans éprouvait depuis plusieurs années une sensation d'engourdissement dans le cou, avec un sentiment incommode dans la partie postérieure de cette région, qui la portait à se tenir assise, quelquefois avec la tête fort inclinée en avant, et d'autres fois très-portée en arrière. Ces accidents augmentèrent environ deux mois avant sa mort, et s'accompagnèrent de douleurs, qui s'étendaient le long du bras. Ces douleurs ressemblaient d'abord à des douleurs rhumatismales, avec une roideur qui se changea bientôt en paralysie. Il ne restait alors que la possibilité d'exécuter quelques mouvements très-imparfaits au-dessous du coude; elle ne pouvait porter l'un ou l'autre bras à sa tête; il y avait un très-léger mouvement des doigts, qui étaient quelquefois contractés spasmodiquement : la parole devint difficile et en partie inarticulée. Elle avait une difficulté considérable à avaler, et elle observait que, dans certaines positions du cou, elle pouvait avaler avec une plus grande facilité que dans d'au-

tres. Le pouls était bon, les autres fonctions s'exécutaient naturellement. Les extrémités inférieures n'étaient nullement lésées dans leurs mouvements. Quinze jours environ avant sa mort, elle fut affectée de dyspnée, qui survenait par paroxysmes quelquefois très-intenses. Une apparence de saillie avec douleur à la pression se manifesta alors sur plusieurs des vertèbres cervicales inférieures. Des fontanelles furent établies en ce point : pendant une semaine, la malade parut mieux; elle n'avait plus de dyspnée, et la facilité du mouvement des bras était considérablement augmentée. Le soir du 4 octobre, elle tomba subitement dans le coma avec quelques convulsions. La mâchoire inférieure fut agitée de mouvements convulsifs particuliers, elle s'abaissait et s'élevait rapidement, et avec violence et continuellement. La paralysie du bras devint aussi plus complète. La malade parut soulagée par une saignée, mais au bout de deux heures elle retomba dans le coma et mourut subitement.

Ouverture du cadavre. — On trouva sur la partie supérieure du pharynx et du larynx une rougeur superficielle, ressemblant à une inflammation très-récente. Mais les recherches les plus attentives ne purent faire reconnaître de lésion morbide dans le cerveau, ni dans la moelle épinière, ni dans les os du rachis. Tous les autres viscères étaient dans l'état sain.

Je n'ai aucun commentaire à ajouter au simple récit de ces faits remarquables; je ferai mieux ressortir encore leur importance, en rapportant un cas publié par M. Bretonneau [1]. Une dame, dont l'âge n'est pas indiqué, fut affectée de paralysie du petit doigt de la main gauche, qui s'étendit graduellement à la main et ensuite au bras. L'extrémité inférieure gauche s'affecta graduellement aussi de

[1] *Revue médicale*, mai 1826, p. 265.

la même manière. La maladie se manifesta ensuite dans le bras et dans la jambe du côté droit, à l'exception, toutefois, du pouce et des doigts de la main droite, qui avaient conservé la faculté de se mouvoir. Les mouvements de la langue se perdirent ensuite, et enfin, la déglutition devint très-gênée. L'intégrité des facultés intellectuelles fut conservée jusqu'au dernier instant; elle s'exprimait par des lettres mobiles qu'elle arrangeait avec le pouce et les deux doigts de la main droite, qui étaient restés mobiles. La durée de la maladie n'est pas mentionnée. On trouva une petite quantité de liquide dans les ventricules du cerveau; mais le cerveau lui-même, le cervelet, la moelle épinière, examinés avec le plus grand soin, furent trouvés parfaitement sains. Il n'y avait d'insolite qu'une petite tache sur la protubérance annulaire. Sur la partie latérale droite de cette protubérance, à la profondeur de quatre lignes, se trouvait une portion de trois lignes d'étendue, de couleur de rouille. Le centre de cette portion était d'une teinte plus foncée, sa circonférence était irrégulière, et se perdait graduellement dans la substance environnante. La substance médullaire semblait plus dure que dans les autres parties.

La lésion morbide, dans cette intéressante observation, a une ressemblance remarquable avec l'état morbide d'une petite portion du cerveau; dont nous avons déjà donné un exemple dans l'observation CXXXI. Cette lésion est probablement le résultat d'un état inflammatoire, tout limité à une très-petite portion de la moelle, de la même manière que nous l'avons rencontré dans le cerveau. On est fondé à penser qu'un très-attentif examen de toute la moelle, dans ces cas, peut faire découvrir de semblables changements de structure, propres à jeter de la lumière sur des affections qui sont jusqu'à présent enveloppées d'obscurité. Le fait suivant, recueilli par M. Ollivier, est un des plus re-

marquables que je connaisse. Une servante fut subitement prise, pendant qu'elle faisait un lit, d'une très-vive sensation de fourmillement à la pointe des doigts de la main gauche, et à l'extrémité des orteils du pied gauche; une demi-heure après, les mêmes parties du côté droit furent affectées de la même manière. Cette femme continua son ouvrage pendant environ trois heures, au bout desquelles elle fut obligée de s'asseoir, se sentant fatiguée. Quelques heures après, elle fut portée dans son lit. Le lendemain, il y avait une paralysie de tous les membres, affectant au plus haut degré le côté gauche. La sensibilité de ces parties n'était pas affectée. La respiration se faisait avec une espèce d'effort, et la nuit elle devint très-difficile. Le troisième jour, la respiration était plutôt moins gênée, mais la déglutition était devenue difficile. Le soir, la difficulté de respirer augmenta, le pouls devint fréquent, et l'action du cœur énergique; elle mourut dans la nuit. On r ouva une légère apparence d'infiltration de sang dans le tissu cellulaire externe à la dure-mère de la moelle, spécialement vers sa partie inférieure. Aucun autre vestige de maladie ne put être reconnu, soit dans le cerveau, soit dans la moelle épinière, et tous les autres viscères étaient dans l'état le plus sain.

Je termine ce que j'ai à dire sur ce sujet, en rappelant certaines affections obscures et anormales, qui, comme celles que nous venons de mentionner, présentent quelques-uns des caractères des maladies de la moelle épinière, quoique leur terminaison soit en général plus favorable. Ces affections revêtent une grande variété de formes, et leur nature est excessivement obscure. Leurs symptômes les plus communs sont différentes affections spasmodiques des membres ou des muscles du dos, ressembl nt quelquefois à a chorée et même au tétanos, et différents degrés de fai-

blesse des extrémités inférieures, portée quelquefois jusqu'à la paralysie complète, laquelle est souvent accompagnée d'affections spasmodiques remarquables des membres paralysés. Il y a généralement, dans ces cas, une vive sensation de faiblesse dans le dos, et fréquemment une douleur quelquefois confinée à une partie, mais s'étendant le plus communément, avec une plus ou moins grande intensité, sur tout le trajet de l'épine. On voit survenir aussi différentes affections de la respiration, quelquefois avec des attaques de palpitations et différentes sensations pénibles dans l'estomac et les intestins. Ces affections arrivent presque exclusivement chez les femmes, principalement chez celles des classes élevées de la société, et sont généralement très-rebelles et fatigantes. Il est bien difficile, en effet, de déterminer quel est le traitement qui a contre elles un avantage décidé; cependant, les moyens qui semblent les plus utiles sont de larges et régulières purgations, ou une combinaison de toniques ou d'antispasmodiques avec de légères doses de purgatifs; de fortes frictions, des lotions froides ou des bains d'ondée et des vésicatoires sur le rachis. Ces affections cessent d'ordinaire sans avoir aucune suite fâcheuse; elles disparaissent quelquefois subitement, et sans qu'on puisse assigner aucune cause à leur disparition.

Les deux faits suivants, que je viens d'observer dans la même famille, font connaître une des formes de ces affections singulières. Une jeune fille saine et forte, âgée de huit ans, d'une belle complexion, parut sujette à boiter souvent en marchant; parfois même elle tombait. Très-peu de jours plus tard, elle fut prise, sans avoir eu d'autres prodromes, d'une paralysie complète des deux extrémités inférieures. Lorsque je la vis, environ quinze jours après cette attaque, je trouvai les membres complètement paralysés, et offrant de fréquentes contractions spasmodiques. On ne put rien découvrir au rachis, et elle était d'ailleurs bien portante.

Elle était constipée, mais on régularisa aisément les évacuations. Au bout d'un mois environ, on remarqua que sa sœur aînée, âgée de seize ans, assez délicate de constitution, et sujette à des accidents hystériques, marchait péniblement; elle perdit entièrement en peu de jours l'usage de ses extrémités inférieures. Elle passa alors la plus grande partie du temps couchée, les membres affectés étaient le siége d'une violente contraction spasmodique. Les genoux étaient ramenés sur l'abdomen et les talons vers les fesses. Elle restait ainsi pendant tout le temps qu'elle était éveillée, mais dès qu'elle s'endormait, ses jambes revenaient à leur position naturelle; elle dormait bien pendant la nuit, et à son réveil, les membres reprenaient leur état de contraction. Si l'on cherchait à étendre les membres, on les amenait avec une grande force jusqu'à une position presque droite; l'extension complète s'établissait alors instantanément avec une secousse subite. Ils restaient dans cette position pendant quelques secondes, mais ensuite, par une autre secousse subite et douloureuse, la contraction se rétablissait. La plus jeune malade eut aussi quelques affections spasmodiques des bras et des muscles du cou; mais elles furent passagères, et il n'y eut pas de diminution de la force musculaire des bras; il y avait un malaise considérable dans le dos, mais on ne pût rien reconnaître à l'examen du rachis. L'état de ces deux malades continua à rester tel que je l'ai décrit, pendant près de six mois, et disparut ensuite entièrement : le traitement consista particulièrement dans l'administration des purgatifs continués, unis aux toniques, et aux antispasmodiques, aux saignées locales et aux vésicatoires répétés sur le rachis. Chez la plus âgée, l'un de ces vésicatoires fut le signal de la formation d'un large et douloureux anthrax sur le rachis; cet accident parut accélérer le rétablissement.

Je ne sais si le fait suivant ne serait pas de même espèce;

il excita, dans le temps où je l'observai, mon attention au plus haut degré, et je n'ai jamais vu de cas exactement semblable. Un homme de trente-quatre ans, très-actif et d'une stature grêle, fut affecté, dans l'été de 1815, d'engourdissement et de diminution de sensibilité dans toutes les extrémités. Ces symptômes s'étendirent, pour les membres abdominaux, jusqu'au sommet des cuisses, et quelquefois même jusqu'au bas du ventre; aux membres supérieurs, ils ne dépassèrent pas les poignets. Les forces musculaires étaient en même temps diminuées. Le malade pouvait parcourir des distances considérables, bien que sa marche fût toujours chancelante et peu sûre. Il ne pouvait exécuter, même au plus faible degré, les mouvements nécessaires de la course, du saut, ou même de la marche très-précipitée; sa santé du reste était très-bonne : on eut recours sans avantage à différents remèdes. Les évacuants et la diète sévère semblèrent nuisibles. L'état que nous venons de décrire persista environ pendant deux mois, lorsque le malade essaya les effets d'un violent exercice. Il marcha à cet effet autant qu'il le put, il fit cinq ou six milles dans une soirée chaude, et revint chez lui très-fatigué, et ayant très-chaud. Le lendemain, il eut de vives douleurs dans les mollets, mais les autres accidents qu'il éprouvait furent beaucoup diminués, et disparurent en peu de jours. Il a toujours joui depuis d'une bonne santé.

Ces affections anormales peuvent encore offrir d'autres modifications, qui diffèrent beaucoup de celles que nous avons décrites jusqu'à présent. J'ai reçu de mon ami feu le docteur Monteith, de Glascow, le récit très-intéressant de deux faits qui se présentèrent à lui sous les formes les plus graves. Une femme de vingt-deux ans, qui est le sujet d'un de ces cas, fut d'abord affectée d'une violente céphalalgie, accompagnée d'un sentiment de tension dans la tête,

d'un violent battement dans les carotides, les artères temporales et dans toute la tête. Son pouls donnait cent-vingt pulsations. On eut recours pendant dix ou douze jours à des saignées larges et répétées, jusqu'à ce qu'elle fût « pâle » comme une feuille de papier », et excessivement affaiblie; mais elle n'en retira aucun avantage. Au bout de quatre semaines, elle fut prise de vives douleurs dans les extrémités inférieures, qui se fléchirent sans pouvoir être étendues. Les cuisses étaient ramenées sur l'abdomen, et les jambes sous les cuisses; chaque exacerbation de la céphalalgie était suivie d'une augmentation dans l'irritation, la douleur et la rétraction des membres. La céphalalgie était particulièrement rapportée par la malade à un point sur le pariétal gauche, où elle avait reçu un coup dans une chute trois mois auparavant. On eut recours avec très-peu d'avantage à un grand nombre de moyens de traitement. Le seul dont on retira quelque utilité, fut la saignée et de larges doses de laudanum, qui ne furent quelquefois pas moindres que cinq cents gouttes dans une nuit. Le mercure parut une fois amener quelque amélioration, mais cet effet ne fut que passager, quoique la malade y eût eu recours plusieurs fois. Elle prit l'acide prussique à haute dose, elle eut recours aux bains chauds et à beaucoup d'autres remèdes avec très-peu d'avantages. Au bout de trois ans environ, les membres devinrent d'abord si complètement exempts de douleurs et d'irritation, que l'on appliqua des topiques propres à remédier à la roideur des articulations. Au bout de trois autres années, elle revint graduellement à un état de santé parfait. Cette femme ne fut pas, pendant trois ans, exempte une heure seulement de céphalalgie; mais cette douleur constante était sujette à de violentes exacerbations, qui duraient de quelques jours à plusieurs semaines. Pendant ces attaques, le pouls devenait très-fort et irrégulier, et la face devenait injectée et

tuméfiée. Le seul soulagement que la malade obtenait était dû à des saignées répétées, en sorte que, pendant le cours de sa maladie, elle fut saignée du bras quatre-vingt-dix-huit fois, outre de fréquentes émissions sanguines locales, effectuées par les sangsues et par les ventouses.

L'autre malade, était une jeune fille de dix-sept ans, dont la maladie commença aussi par une violente céphalalgie, pour laquelle elle eut recours à un grand nombre de moyens de traitement pendant plus d'une année, sans en retirer aucun avantage soutenu. Vers la fin de cette période, la maladie fit au contraire des progrès; elle fut retenue au lit dans un état d'épuisement extrême, et souffrant d'une céphalalgie constante et intense. Aussitôt après, elle se plaignit d'une douleur dans l'épine, qui fut bientôt suivie d'une attaque subite de la douleur la plus violente dans les deux extrémités inférieures, s'étendant à chaque partie de ces membres, et accompagnée d'une telle augmentation de sensibilité, qu'elle ne pouvait supporter même le contact des couvertures, et que le plus léger toucher, exercé avec le doigt, lui faisait pousser des cris. Il existait en même temps une susceptibilité et une irritabilité morbides du tronc et des extrémités supérieures, telles qu'elle ne pouvait soutenir son bras tout-à-fait étendu pendant le temps très-court nécessaire pour lui toucher le pouls. Les membres, dès qu'ils commencèrent à être ainsi affectés, se rétractèrent fortement, et, au bout d'un temps assez court, ils étaient rapprochés du corps; une douleur vive avait son siége dans tout le trajet de l'épine, quoiqu'on n'y pût reconnaître, au toucher ou par la pression, aucune trace de maladie. Elle maigrit alors beaucoup, et elle devint pâle et débilitée. La céphalalgie était diminuée, mais les membres restaient dans le même état. Le plus léger contact, et le plus faible effort pour les étendre, déterminaient une douleur si violente, que pendant huit mois, au rapport du

docteur Monteith, elle ne fit pas le plus léger mouvement dans son lit. A la fin des quatre ans, cette fille commença à aller mieux, et à quitter son lit pendant un certain temps chaque jour; à cette époque, ses jambes devinrent si fortement fléchies sur ses cuisses, et ses genoux devinrent si roides, qu'aucune force ne pouvait les ramener à l'angle droit. Au bout de trois années, le docteur Monteith rapporte qu'elle pouvait marcher pendant un espace très-court, et que son état s'améliorait progressivement, en sorte qu'il concevait l'espoir d'un rétablissement complet. Je visitai cette jeune fille pendant le cours de sa maladie, avec le médecin que je viens de citer, et je n'ai certainement jamais vu un cas de maladie qui m'ait paru plus profond, et dans lequel on pût concevoir moins d'espérance de guérison.

L'histoire de ces malades fait mieux comprendre cette affection extraordinaire, que l'on ne pourrait le faire par une description. Le docteur Monteith a observé d'autres variétés d'accidents, dans quelques autres cas qu'il a rencontrés. Ces symptômes ont particulièrement été des vomissements long-temps continués, et qu'on ne put calmer, des attaques comme épileptiques et cataleptiques, des palpitations et divers mouvements irréguliers du cœur, et des battements forts et douloureux dans tout le trajet de la moelle épinière. Il observa des accès de fièvre irréguliers, des attaques de coliques, des spasmes douloureux dans l'abdomen, qui ne purent être calmés que par de larges doses d'opium. Ces malades éprouvaient, en général, une aversion remarquable pour la lumière : l'un d'eux resta pendant plus d'une année dans une obscurité presque complète. Chez une autre malade, une dame de trente ans, les bras furent affectés, mais non avec la même intensité que les extrémités inférieures. Cette dame fut retenue au lit pendant deux ans, et reprit ensuite un état de santé complète,

dont elle jouissait depuis cinq années, quand cette observation m'a été transmise. Une autre malade avait de tels vomissements qu'elle ne put conserver de nourriture, de boisson ou de médicament ingéré pendant six semaines. La vision, dans ce cas, fut altérée, et deux fois suspendue pendant un temps très-considérable. On ne put reconnaître aucune lésion rachidienne sur ces malades; la douleur de l'épine, qui augmentait beaucoup dans les mouvements ou dans la station assis, n'augmentait nullement par la pression. On obtint, dans le traitement, une amélioration temporaire par la saignée, l'opium à très-haute dose, et le bain chaud; mais en résultat, la maladie parut s'user graduellement d'elle-même, sans qu'aucun moyen de traitement eût aucun effet sensible pour arrêter ses progrès. Lorsque l'on a obtenu une amélioration considérable, la maladie peut reprendre son intensité par les causes les plus légères. Un des malades du docteur Monteith semblait si bien guéri au bout de dix-huit mois, qu'on lui conseilla une courte promenade en voiture; il en résulta une rechute, qui dura une autre année, avec des accidents aussi violents que la première fois.

Le docteur Burns de Gasclow a décrit l'état morbide qui nous occupe; il a indiqué plusieurs autres symptômes, qui se présentent occasionellement dans son cours, tels que des attaques de dyspnée, ressemblant à la dyspnée croupale; la perte temporaire de la parole, et de la faculté d'exécuter la déglutition, et l'aberration temporaire des facultés intellectuelles. Ce praticien est d'accord avec le docteur Monteith, sur le caractère long et réfractaire de cette maladie. Il avoue que, dans le plus grand nombre des cas, il n'a retiré aucun avantage marqué de « tout moyen de traitement, » autre que ceux qui sont indiqués par les symptômes, au » moment où ils se manifestent; le temps lui paraît le prin» cipal remède. » Je trouve la description d'une maladie ana-

logue, dans un mémoire de M. Guérin de Mamers, sur *les irritations encéphaliques et rachidiennes*. Un jeune homme de seize ans fut d'abord attaqué de palpitations et de difficulté de respirer, et ensuite de violentes douleurs dans la partie supérieure de l'abdomen. Au bout de six mois, il eut des attaques de pertes de connaissance avec mouvements convulsifs des bras, grincements de dents, et violentes palpitations du cœur. Ces attaques continuèrent à revenir à des époques irrégulières, et pendant leurs intervalles, le malade ne se rétablissait pas complètement de leurs effets : il restait accablé et incapable d'aucun acte intellectuel, ne pouvant supporter la lumière ou le bruit le plus faible. L'exercice ou les émotions morales déterminaient les paroxysmes. Ce malade resta dans cet état pendant près de quatre ans, et se rétablit alors graduellement et complètement. Les moyens de traitement principaux, auxquels on eut recours, furent les purgatifs, les saignées locales, l'acide prussique, et la diète végétale. Dans un autre cas, sur un jeune homme de vingt ans, l'auteur eut recours avec avantage aux affusions fraîches.

J'ai souvent observé chez des jeunes femmes une affection légère, qui se caractérise par une douleur qu'elles rapportent à différents points de l'épine, quelquefois de préférence à la partie inférieure du rachis, et d'autres fois s'étendant en haut et en bas, dans toute la longueur de la colonne rachidienne. Il existe généralement chez ces malades, un certain degré de faiblesse des membres, avec un grand éloignement pour la marche, quelquefois des tiraillements spasmodiques des orteils, spécialement pendant la nuit. J'ai traité sans avantage des cas de cette espèce par les saignées locales et les vésicatoires; le traitement qui m'a en général paru le plus efficace, a été l'administration régulière, mais modérée, des purgatifs et des bains de mer.

On s'est efforcé d'expliquer ces affections singulières, par la doctrine de l'irritation spinale. Mais on peut douter que l'on soit ainsi arrivé à des notions bien déterminées, ou s'il ne faut pas considérer cette explication comme un principe gratuit, choisi pour se rendre compte des phénomènes morbides, plutôt que déduit de l'observation. Si l'on observe, parmi les accidents qui ont été indiqués, des symptômes qui se rapportent distinctement à une lésion rachidienne comme une douleur, ou seulement une plus grande sensibilité dans un point particulier, il faut considérer ce symptôme comme devant diriger l'attention sur le siége du mal; mais il n'est pas douteux que ces affections se manifestent souvent sans aucun symptôme qui puisse se rapporter à l'épine, et même, dans quelques cas, avec des causes d'irritation ayant bien distinctement leur siége dans d'autres organes. J'ai été consulté, il y a quelque temps, par un homme qui avait une attaque violente et prolongée de douleur néphrétique, qui fut enfin soulagée par le passage d'un calcul. L'inflammation, qui avait été excitée, avait été telle que, pendant plusieurs semaines, après que la violence de l'attaque eut cessé, il rendait une grande quantité de matière purulente avec ses urines. Pendant cette maladie, et vers le temps auquel la douleur violente, qui avait son siége à la région du rein gauche, commença à se calmer, il fut affecté d'une difficulté d'avaler, d'un sentiment de constriction à l'œsophage et au creux de l'estomac, et d'une affection spasmodique des deux extrémités supérieures et inférieures, et du côté gauche de la face, ressemblant exactement au tétanos. Ces symptômes continuèrent avec plus ou moins de violence pendant huit à dix jours.

C'est particulièrement chez les femmes, que l'on rencontre ces affections spasmodiques, et chez elles une des circonstances les plus remarquables est leur coïncidence, même dans leur forme la plus grave, avec l'état de la

menstruation. L'observation suivante met ces remarques en évidence, et fournit en même temps un exemple des formes variables que peuvent présenter ces singulières affections.

Obs. CLIV. Une demoiselle, maintenant âgée de vingt-quatre ans, fut d'abord attaquée, en l'année 1823, d'un engourdissement et d'une paralysie incomplète du bras et de la jambe droites, et quelque temps après elle eut une légère difficulté dans la prononciation. Ces symptômes disparurent par le traitement ordinaire, et revinrent au bout de quelques mois; ils affectèrent alors les jambes et les bras des deux côtés, et se rapprochèrent des accidents de la chorée. Après un nouvel intervalle de quelques mois, cette demoiselle devint sujette à des attaques de cécité, occasionées par un abaissement des paupières supérieures, qu'elle ne pouvait pas relever. Les yeux, mis à découvert en soulevant les paupières avec la main, étaient portés en haut; ces accès avaient, en général, plusieurs semaines de durée, et étaient soulagés par l'application des ventouses scarifiées aux tempes. Tels furent les accidents qui se montrèrent pendant les deux premières années de la maladie. La troisième année, elle eut des mouvements convulsifs des muscles du dos, et des tiraillements involontaires des mains et des bras, déterminant des mouvements involontaires de tout le corps, impossibles à décrire. Ces accidents augmentaient beaucoup quand on la touchait, spécialement sur quelque point du dos; la même chose arrivait lorsqu'on la couchait sur le dos, ou même lorsqu'on l'approchait comme pour la toucher. Quelquefois elle avait de la difficulté à avaler, de manière que les efforts de la déglutition produisaient des spasmes, ressemblant à ceux du tétanos; d'autres fois, après être restée en repos pendant un temps considérable, elle tombait subitement dans une sorte de

convulsion générale, dans laquelle elle se jetait tout-à-fait hors de son lit; de même, lorsqu'elle était assise ou couchée sur le plancher, elle se jetait dans son lit, ou sautait sur un meuble qui avait plus de cinq pieds de hauteur. Les facultés intellectuelles n'étaient point altérées pendant ces accidents, et la malade attribuait cette sorte d'extravagance à une impulsion secrète, à laquelle elle ne pouvait résister. Ces paroxysmes cessèrent après un temps considérable; la malade eut alors des mouvements convulsifs des muscles de la partie supérieure du dos et de la nuque, produisant un mouvement continu de rotation de la tête. Ces accidents nerveux continuèrent sans interruption la nuit et le jour pendant plusieurs semaines : si l'on touchait la tête ou la nuque, les mouvements devenaient d'une rapidité très-extraordinaire. Pendant ces attaques, cette demoiselle ne pouvait dormir qu'en se tenant assise; les mouvements continuaient pendant ce sommeil incomplet, quoique avec plus de lenteur; mais si elle voulait dormir couchée, de manière que sa tête touchât son oreiller, elle était à l'instant même éveillée avec un violent accès de convulsions, et le mouvement acquérait le plus haut degré de rapidité. On n'obtint aucun avantage, pendant ces accès, de tout autre moyen que des saignées aux tempes par les ventouses scarifiées, portées à dix ou douze onces. Cette affection cessait alors en un instant, par des mouvements convulsifs généraux de tout le corps. La malade revenait immédiatement ainsi à l'état de santé ordinaire, se levait, et restait bien portante pendant plusieurs semaines. Les mêmes accidents se reproduisaient alors, et exigeaient qu'on revînt aux mêmes moyens de traitement. Les mouvements convulsifs de la tête se faisaient quelquefois avec tant de violence, qu'il était impossible de pratiquer les scarifications aux tempes. On appliquait d'abord, dans ce cas, les ventouses sur le dos, les mouvements se trouvaient ainsi assez modérés pour

permettre ensuite l'application des ventouses aux tempes, sans laquelle le paroxysme ne se terminait pas. La saignée du bras, portée jusqu'à la défaillance, modérait les accidents pour un instant, mais ne les faisait pas cesser. Une autre circonstance très-singulière de cette affection, était qu'elle ne cessait complètement que lorsqu'il survenait un accès subit de convulsions de tout le corps; lorsqu'elle cessait graduellement, comme par l'influence d'une large saignée, elle revenait aussitôt que la défaillance produite par la saignée avait cessé.

Cette maladie continua de cette manière pendant trois ou quatre ans, outre les deux années déjà indiquées, avec des intervalles de santé supportable pendant peu de semaines; le plus long intervalle de calme qu'elle éprouva fut d'environ trois mois, et même, pendant cet intervalle, des mouvements convulsifs étaient excités par les causes les plus légères. Pendant tout ce temps, les menstrues furent extrêmement irrégulières et très-courtes, et le ventre était serré. La malade était pâle, et semblait exsangue par suite des saignées fréquentes qu'on lui pratiquait; mais elle conservait son embonpoint. Je ne la vis qu'à une période déjà avancée de sa maladie, avec M. Gillespie, qui l'avait observée pendant toute la durée des accidents, et qui avait eu recours, avec la plus grande assiduité, à différents moyens de traitement.

Nous la trouvâmes, dans le printemps de 1829, dans un violent paroxysme de mouvement de rotation de la tête; nous prîmes le parti de laisser l'accès suivre sa marche, et de diriger entièrement notre attention sur le flux menstruel. Elle commença à prendre, dans cette vue, trois grains de sulfate de fer et deux grains d'aloës de Barbades, trois fois par jour; la dose d'aloës fut ensuite diminuée, d'après l'état des intestins. Elle resta encore trois semaines environ dans cet état; les mouvements convulsifs de la tête continuaient sans

intermission la nuit et le jour, enfin le paroxysme se suspendit un instant dans le milieu de la nuit, mais après un mouvement de convulsion de tout le corps, comme il s'en manifestait lorsque l'on faisait cesser la maladie par les ventouses. Dans le même moment, la menstruation s'établit d'une manière plus abondante et plus régulière : cela n'était pas arrivé depuis plusieurs années. De ce moment la malade est restée quitte de tout accès, en état de marcher pendant plusieurs milles, et la menstruation est revenue à périodes régulières, abondamment et d'une manière normale.

Terminons cette série de faits par l'observation suivante, qui montre la même affection sous une autre forme. Si j'avais à donner un nom à cet état morbide, je le considérerais comme n'étant autre chose qu'une forme très-grave d'hystérie.

Obs. CLV. Une demoiselle de quinze ans fit une chute de cheval, en octobre 1828. Elle ne parut avoir éprouvé d'autre mal, par cet accident, qu'une contusion au bras, et elle ne se plaignait de rien autre chose pendant une semaine après l'accident. A cette époque, elle s'endormit un soir sur sa chaise; à son réveil, elle était dans un état de délire, tenant des propos extravagants, et semblant tout-à-fait ne pas distinguer ceux qui l'entouraient, et entièrement occupée de ses propres hallucinations. Cet état continua à un degré plus ou moins marqué pendant trois semaines, nonobstant le traitement le plus actif par les saignées, les purgatifs, etc. Pendant ce temps elle avait une constipation remarquable; elle commença à revenir vers l'état de santé, et arriva à un état de soulagement progressif pendant environ trois semaines, au bout desquelles elle eut un soir une défaillance, et se retrouva, lorsqu'elle revint à elle, dans le même état d'incohérence d'idées, celui dans

lequel elle avait été précédemment. Ce paroxysme continua pendant quinze jours, et fut suivi d'une autre quinzaine de jours de convalescence, après laquelle l'affection se renouvela encore par le récit qu'on fit à la malade d'une maladie presque semblable.

Elle se plaignait, en général, pendant ces paroxysmes, d'une céphalalgie intense qu'elle rapportait particulièrement à l'occiput. Le pouls variait de quatre-vingt-dix à cent pulsations; la langue était blanche, les selles supprimées, et les mouvements irréguliers; elle ne dormait pas pendant la nuit. Après le troisième paroxysme, la convalescence fut moins parfaite qu'après les précédents; il restait, en général, de l'excitation le soir et de l'agitation la nuit. A la fin de janvier 1829, après une vive irritation, elle tomba dans un état de coma, avec rougeur de la face; elle y resta pendant plusieurs jours, après lesquels elle passa dans une sorte de catalepsie; ses yeux étaient continuellement tournés dans une direction, mais sans rien percevoir : elle restait absolument étrangère à tout ce qui se passait autour d'elle. Ses mâchoires étaient tellement serrées qu'elle ne prit rien pendant plusieurs jours. Cette constriction maxillaire se relâcha graduellement, et elle reprit la faculté d'avaler; quelques jours plus tard, elle commença à parler, après être restée treize jours sans avoir proféré une parole; elle alla alors graduellement de mieux en mieux pendant plusieurs semaines, au bout desquelles l'état comateux revint, et fut suivi, comme la première fois, de catalepsie; les mâchoires se serrèrent de nouveau, et la lèvre inférieure fut si fortement tirée entre les dents, qu'elle en fut blessée. La face et le cou étaient injectés et gonflés; une saignée fit cesser cette attaque. Des paroxysmes cataleptiques plus faibles se reproduisirent par diverses causes, telle que la vue d'un étranger ou quelque degré d'irritation morale. Dans ces attaques elle devenait subitement immobile et muette; les yeux restaient

ouverts, mais étaient fixes et insensibles; elle n'avait nulle conscience de tout ce qui l'entourait; les mains étaient serrées, et les bras rapprochés du corps. Cet état durait de quelques minutes à une demi-heure; elle en sortait en poussant un cri perçant, et sans conserver aucun souvenir de l'attaque ou de la circonstance qui l'avait déterminée. Dans le milieu de mars, elle retomba dans l'incohérence d'idées et l'état d'irritation morale; ces symptômes alternèrent avec des accès de catalepsie jusqu'au milieu d'avril, qu'un nouvel ordre de phénomènes se manifesta. Pendant qu'elle était dans l'état cataleptique, elle ramenait subitement, et par un mouvement convulsif, son corps à la position assise, la tête jetée en avant, la langue hors de la bouche et les traits renversés; les mains étaient serrées et fortement pressées des deux côtés de la trachée-artère. Pendant ces attaques, la respiration semblait presque suspendue pendant quelques minutes, et dans ses efforts convulsifs pour respirer, la malade se levait quelquefois jusqu'à se tenir debout; il fallait le secours de plusieurs personnes pour l'empêcher de se jeter hors du lit. Ces paroxysmes revenaient fréquemment à de courts intervalles, et ne cédaient qu'à la saignée de l'artère temporale. Ils cessèrent au bout de quelque temps, et furent remplacés par de légères attaques de catalepsie, excitées par différentes causes aussi légères. Ce fut à cette période de la maladie que je la vis pour la première fois, avec deux médecins distingués qui lui donnaient des soins; elle n'eut plus ensuite de retour de ces violents paroxysmes; sa santé générale sembla s'améliorer graduellement, sans qu'on pût attribuer ce changement à d'autre cause qu'à un changement de forme de la maladie, et à la précaution de l'exposer régulièrement à l'air libre. Cette tentative de traitement provoquait d'abord l'accès de catalepsie; la malade restait tout-à-fait insensible pendant tout le temps qu'elle était dans la voiture; nous n'en persistâmes pas moins, et ces

effets cessèrent graduellement, au point qu'elle peut maintenant faire un long voyage sans exciter cet état; mais il survient en général, dans ce cas, un léger retour avant qu'elle soit rentrée chez elle. Ces légers paroxysmes sont encore excités par la vue d'un étranger ou par toutes les causes d'irritation mentale. Pendant ces accès, le corps perd son mouvement, mais sans perdre l'équilibre : ainsi, lorsqu'elle est assise dans une chaise, elle ne s'appuie pas sur le dossier, ou même quelquefois, lorsqu'elle est assise, les yeux sont ouverts, fixes et insensibles, les bras généralement roides, mais quelquefois dans le relâchement. Ces attaques durent de quelques minutes à une demi-heure. Elle a été dernièrement prise de son accès pendant qu'elle marchait; elle a continué à marcher avec assurance, s'appuyant sur le bras d'une personne, ou même marchant seule; l'accès se passa ainsi, sans qu'elle s'arrêtât. Elle a été prise plusieurs fois de ces accidents pendant qu'elle touchait du piano; elle n'en continue pas moins de jouer avec une parfaite exactitude, mais en répétant toujours une certaine partie de l'air, et n'allant pas au-delà d'un point déterminé; elle continue ainsi pendant dix minutes, et, pendant tout ce temps, elle reste tout-à-fait étrangère à toute impression extérieure. Un jour qu'elle avait commencé à jouer un morceau de musique, nouveau pour elle, elle fut prise de son attaque de catalepsie; elle n'en continua pas moins à jouer la partie qu'elle avait déjà jouée, et elle la répéta cinq à six fois très-correctement; mais aussitôt qu'elle fut remise de l'attaque, elle ne put plus la jouer sans livre. Les menstrues étaient, chez cette jeune fille, irrégulières et trop peu abondantes, mais elles s'étaient reproduites très-irrégulièrement plusieurs fois pendant la maladie, qui dure maintenant depuis dix mois.

Les longs détails dans lesquels je viens d'entrer, se justifient par la forme extraordinaire de ces affections, dont il

est impossible de se faire une idée par une description générale. On les observe encore sous d'autres formes très-singulières, que je me borne à signaler très-brièvement. Une jeune fille, que j'ai vue, avec M. William Wood, avait des symptômes semblables à ceux de la chorée, et était en outre sujette à des accès dans lesquels elle proférait avec une grande rapidité ce son, *echum*, *echum*, *echum*, d'un ton de voix que l'on entendait dans toutes les parties d'une grande maison. Ces accès duraient souvent une, deux et même trois heures, et se répétaient plusieurs fois pendant le jour et même pendant la nuit; ils étaient excités par quelque bruit subit, par la vue d'un étranger, et assez souvent, pendant la nuit, par le bruit de la pendule. Les facultés intellectuelles étaient conservées, mais la malade n'avait aucune influence morale sur la maladie, excepté que, pendant les attaques, elle pouvait, lorsqu'on le lui demandait, changer les sons qu'elle proférait; elle y substituait alors tout autre mot qu'on lui suggérait. Cette maladie cessa graduellement après avoir duré plusieurs mois : c'est à peine si la malade retira quelqu'avantage d'aucun moyen de traitement. On administra particulièrement les purgatifs d'une manière long-temps continuée. Pendant un temps considérable après son rétablissement, quoiqu'elle n'eût plus de traces de sa maladie, elle manifestait la plus grande frayeur du son *echum*, lorsqu'elle l'entendait émettre.

Une autre demoiselle, que j'ai vue avec le docteur Poole, est sujette à des paroxysmes de respiration rapide et laborieuse, avec un son glapissant et aigu, et l'apparence de l'anxiété la plus grande, comme dans le croup le plus grave. Ces symptômes se manifestent sans aucun signe précurseur, pendant la meilleure santé, et continuent durant plusieurs jours si on ne fait rien pour les faire cesser. La saignée seule peut les terminer, et plusieurs fois une émission sanguine de trois à quatre onces a été suffisante;

une fois, il a suffi de piquer le bras pour faire cesser l'accès, quoique l'on n'ait obtenu que quelques gouttes de sang.

Le docteur Follot de Namur a rapporté un cas fort intéressant de cette espèce : une forte femme de campagne eut une vive frayeur pendant l'écoulement de ses règles, qui furent supprimées. Quatre mois après, elle éprouva des douleurs erratiques, des spasmes et des mouvements involontaires des extrémités inférieures. Le mois suivant, les membres se fléchirent avec force, en sorte que les talons touchaient les fesses, et que tout effort pour étendre ces membres déterminait les douleurs les plus aiguës. Ces accidents cessèrent au bout de cinq jours, mais ils revinrent le mois suivant à la même époque, et cessèrent après avoir duré le même temps, en laissant cependant un léger degré de paraplégie. Les attaques furent ensuite modérées par des saignées locales répétées, des bains de vapeur, etc.; mais la maladie continua avec une intensité variable pendant six ou sept mois. Le flux menstruel s'étant ensuite établi régulièrement et abondamment, la maladie disparut entièrement [1].

[1] *Gazette médicale*, vol. 1

APPENDICE
DE LA QUATRIÈME PARTIE.

PRÉCIS GÉNÉRAL SUR LES MALADIES DES NERFS.

La pathologie des nerfs, sujet aussi d'un grand intérêt, est presque connexe à la pathologie de la moelle épinière. Cette partie de la médecine est encore tout-à-fait dans l'enfance; cependant, les recherches dont elle a déjà été l'objet semblent promettre des résultats très-importants. D'après ce qu'on connaît jusqu'à ce jour, l'on est fondé à penser que les nerfs sont susceptibles de présenter des maladies analogues à celles du cerveau et de la moelle de l'épine. Ces maladies affectent, soit la substance propre de ces nerfs, soit leurs membranes; elles sont probablement la source de plusieurs affections enveloppées encore de beaucoup d'obscurité.

D'après les investigations faites jusqu'à ce jour, les lésions suivantes peuvent être considérées comme présentant les principales maladies idiopathiques des nerfs, qui ont été observées.

I. Une teinte rouge-brune, de la substance nerveuse, occupant un espace déterminé, comme un pouce ou deux d'étendue. Cette lésion a été observée par M. Martinet [1], dans le nerf médian, dans un cas où une violente douleur de l'avant-bras, suivie de paralysie, avait existé. Des vésicatoires répétés firent disparaître la paralysie, mais aussitôt que les vésicatoires furent guéris, la douleur reparut, et fut suivie du retour de la paralysie. Dans une semblable affection du nerf sciatique droit, avec paralysie du membre, le même

[1] *Revue Medicale*, juin 1824.

auteur a trouvé la portion malade du nerf enveloppée d'une grande quantité de tissu cellulaire gangréné; sur un autre individu, il a rencontré le nerf crural malade, sur une longueur d'un pouce et demi, ayant acquis le double de son volume naturel. Cette portion était d'un rouge violet, parsemée de petites ecchymoses, chacune du diamètre d'une tête d'épingle.

II. L'infiltration séreuse ou sanguinolente, dans la gaîne du nerf, pénétrant sa substance et séparant ses fibres. Cette lésion a été trouvée par M. Martinet, dans le nerf sciatique d'un homme qui périt de pneumonie; cet homme avait été affecté d'une douleur violente à la partie postérieure de la cuisse, aggravée par le moindre mouvement, au point de faire pousser des cris au malade.

III. Du pus infiltré de la même manière entre les fibrilles du nerf. Cette altération a été rencontrée dans le nerf sciatique par M. Martinet, sur un homme qui mourut d'une maladie qui occupait à-la-fois la tête et l'abdomen; cet homme avait été affecté, pendant la dernière partie de sa maladie, d'une violente douleur dans le trajet du nerf sciatique. Le tissu cellulaire, autour de la portion malade du nerf, était aussi pénétré par du pus. La même lésion s'est offerte au même observateur, chez un jeune homme qui mourut de consomption, et qui avait été affecté depuis deux mois d'une douleur lancinante et d'un sentiment douloureux d'engourdissement, qui s'étendait depuis le jarret jusqu'au sommet de la cuisse.

IV. Le ramollissement de la substance nerveuse : un homme, mentionné par M. Descot, mourut à l'Hôtel-Dieu de Paris, après avoir perdu, depuis six mois, un œil; le nerf optique fut trouvé, dans la moitié de son étendue, réduit en une matière liquide d'une couleur blanche [1].

[1] Descot, *sur les affections locales des nerfs.*

V. L'ulcération de la substance du nerf, liée à un ulcère fongueux de la jambe, a été observée par M. Swan. Il existait une douleur de toute la jambe et de la cuisse, si violente qu'elle avait rendu l'amputation nécessaire, les nerfs avaient beaucoup augmenté de volume dans plusieurs parties du membre [1].

VI. De petites tumeurs adhérentes aux nerfs et déterminant des symptômes violents, ont été décrites par différents auteurs. Dans un cas remarquable rapporté par Portal, une femme fut guérie d'une épilepsie par l'enlèvement d'une de ces tumeurs située au pouce. La plus légère pression sur cette tumeur déterminait une vive douleur, et jetait fréquemment la malade dans une attaque d'épilepsie. L'extirpation d'une tumeur de cette espèce, qui existait sur les nerfs axillaires, et qui fut opérée par Everard Home, se termina d'une manière funeste. Le mode de traitement le plus sûr de ces affections paraît être d'enlever entièrement la portion du nerf à laquelle la tumeur est fixée, lorsque ce nerf, par sa situation, rend l'opération possible. On a aussi trouvé sur des nerfs intérieurs de petites tumeurs ou des tubercules. M. Sédillot en a rencontré un dans le nerf optique dans un cas d'amaurose, et M. Bérard a décrit une tumeur noire aussi dure qu'un squirrhe, développée dans la substance du nerf diaphragmatique. Cet homme avait été asthmatique, et avait eu aussi un léger emphysème des poumons [2].

Ces tumeurs sont en général très petites; mais il est une autre espèce de tumeurs qui acquièrent un volume considérable; telle était cette tumeur du volume d'un œuf de pigeon, dont M. Pring a parlé [3], et qui fut extraite du bras en divi-

[1] Swan, *on the local affections of the nerves.*

[2] L'emphysème des poumons suffit pour expliquer l'asthme, dont il est la cause la plus ordinaire ; on ne peut donc attribuer cette maladie à la tumeur qui existait dans la substance du nerf diaphragmatique. A. N. G., *trad.*

[3] Pring, *on the nervous system.*

sant le nerf au-dessus et au-dessous. En incisant cette tumeur, on reconnut qu'elle était formée par une expansion de la substance du nerf, qui constituait un kyste imparfait, contenant une matière grasse et médullaire. Les filaments nerveux se continuaient à la surface de cette tumeur; le bras avait été le siége d'un grand engourdissement et de paralysie, qui disparurent graduellement après l'opération [1].

VII. On a trouvé les nerfs tantôt fort augmentés de volume, tantôt très-diminués de diamètre; quelquefois aussi, mais rarement, on a rencontré la substance nerveuse détruite, le névrilême formant en ce point un canal vide; mais on n'a pas suffisamment étudié ces lésions.

On n'a encore eu que peu d'occasions de constater l'état des nerfs dans les cas intéressants de paralysies locales que les beaux travaux de M. Charles Bell, et de son ami tant regretté feu le docteur Shaw, ont si bien fait connaître. Il est probable qu'il existe alors une inflammation, soit du nerf lui-même, soit de ses tuniques, ou que le nerf se trouve affecté par un état de maladie des parties au travers desquelles il passe. Le seul cas dans lequel j'aie pu examiner les parties depuis que je connais les découvertes de M. Bell, a été sur une femme d'environ quarante ans qui mourut d'un maladie organique de l'estomac. Quinze jours environ avant sa mort, cette femme fut prise d'une distorsion de la bouche et de paralysie du nerf orbiculaire de l'œil gauche; la parole cessa ensuite d'être distincte à un haut degré avant la mort, il y eut une inflammation de l'œil gauche, avec une tendence évidente au ramollissement de la cornée. Une petite tumeur dure fut trouvée sous l'oreille, profondément située entre l'angle de la mâchoire et l'apophyse mastoïde. On

[1] On peut consulter, pour une bonne description de ces tumeurs et d'autres maladies des nerfs, un Mémoire de M. William Wood dans les *Transactions de la Société médico-chirurgicale d'Édimbourg*, vol. II.

ne put constater à la dissection aucune trace de maladie dans le cerveau ; la tumeur trouvée sous l'oreille était du volume d'une petite fève, très-dure, de couleur cendrée ; lorsqu'on l'incisa, il s'écoula de petites cellules creusées dans sa substance un fluide sanieux puriforme, ténu. Cette tumeur était située directement au-dessous de la branche faciale de la portion dure; on remarquait autour du nerf les traces d'une inflammation considérable du tissu cellulaire, mais je n'ai pu découvrir aucune altération morbide dans le nerf lui-même; je pense qu'il était diminué de volume à la place correspondante à la tumeur, mais je crains de m'être trompé. Dans un cas rapporté par M. Descot, il y avait une suppuration étendue, avec carie de la partie auditive de l'os temporal; une partie de la portion dure était entièrement détruite; et chez un malade observé par Billard, il existait un abcès de la glande parotide, le cours de plusieurs branches nerveuses était interrompu par la destruction d'une partie de leur substance. Un épileptique observé par M. Serres avait une inflammation avec opacité de l'œil droit, perte de sensibilité de la conjonctive de la narine droite, et de la moitié droite de la langue : il mourut d'une affection cérébrale. A la dissection, on trouva la cinquième paire de nerfs, à son origine, jaune, ramollie et réduite à un état presque gélatineux.

L'application pratique importante des découvertes de M. Bell, est qu'il peut survenir une paralysie des muscles d'un côté de la face produisant une distorsion de la bouche avec impossibilité de mouvoir les paupières, sans maladie cérébrale et par conséquent sans danger. Cette affection dépend d'une maladie limitée à la portion dure de la septième paire; elle peut être produite par l'inflammation de l'oreille ou de la glande parotide, ou par des tumeurs comprimant les nerfs sur quelque point de leur trajet. L'exemple le plus ordinaire de cet accident semble le résultat d'une espèce d'inflammation rhumatismale produite par le froid, et spé-

cialement par l'exposition à un courant d'air froid, comme lorsqu'une personne est restée long-temps assise ou à demi exposée à une croisée ouverte, ou s'est trouvée dans une voiture avec le côté de la tête soumis à l'action du vent froid. Cette maladie doit être particulièrement traitée par les remèdes locaux, comme les saignées locales, les vésicatoires, et l'application de l'eau chaude ou de la vapeur. Par ces moyens, la maladie cesse souvent avec rapidité, mais elle devient quelquefois lente, et ne cesse pas complètement de plusieurs mois. Cette maladie est parfois encore plus réfractaire; elle persiste même dans quelques cas d'une manière permanente; cela arrive lorsqu'elle dépend de causes permanentes, comme la compression du nerf par une tumeur, ou la destruction d'une partie de cet organe par des blessures ou des suppurations étendues. Une des formes les plus graves de cette maladie est celle qui dépend d'une maladie de l'os temporal.

Les caractères auxquels ces cas se distinguent des paralysies qui dépendent de maladie du cerveau, consistent particulièrement dans la conservation de la sensibilité des parties. Le mouvement est aussi, dans ce cas, perdu dans les muscles de la face et des paupières, seulement la paralysie ne s'étend pas aux muscles de la mâchoire : ces circonstances de la maladie se lient à ces faits remarquables découverts par MM. Bell, Shaw, Mayo et d'autres, savoir, que la portion dure de la septième paire est un nerf du mouvement seulement, se rendant aux muscles de la face et au muscle orbiculaire de l'œil, mais uni aux muscles de la mâchoire; et que la sensibilité de toutes ces parties et le mouvement des muscles de la mâchoire dépendent de la cinquième paire, qui, à cause de sa double origine, est à la fois un nerf du sentiment et du mouvement. Il est par conséquent important de distinguer entre les paralysies des paupières qui surviennent dans ces cas; l'impossibilité de fermer l'œil vient de l'affection de

la portion dure de la septième paire, et la chute de la paupière supérieure, et l'impossibilité de la lever est une maladie entièrement différente; elle dépend d'une affection des nerfs de la troisième paire; elle porte par conséquent à soupçonner plus spécialement une maladie dans la tête [1].

[1] Nous avons pu suivre, sur le sujet d'une observation que nous allons rapporter, tous les progrès d'une maladie cérébrale, d'abord limitée à l'origine du nerf de la troisième paire du côté gauche, et qui s'est ensuite étendue à la plus grande partie des deux lobes moyens et des pédoucules du cerveau.

Obs. CLV (*bis*). Tellier (Jeanne), couturière, âgée de 40 ans, entra à l'hôpital Cochin le 22 février 1834. Cette fille était d'un embonpoint excessif, et habituée à des excès de boisson et de libertinage. Depuis trois ou quatre semaines, elle s'apercevait qu'elle ne pouvait relever la paupière de l'œil gauche. Elle ne se plaignait d'aucune douleur de tête, et n'éprouvait aucun autre état de maladie. Cette paralysie était survenue progressivement, sans cause connue, et sans que la malade éprouvât à la tête aucune douleur. La paupière de l'œil gauche était continuellement abaissée; la pupille de cet œil était fortement dilatée : elle ne se contractait que faiblement sous l'influence de la lumière; cependant la vue était conservée de ce côté. Des vésicatoires volants furent appliqués autour de l'œil gauche, des drastiques furent administrés et fréquemment réitérés. Nous appliquâmes ensuite des moxas autour de l'œil et à la tempe, sans aucun résultat. La maladie fit des progrès; la pupille était devenue immobile, et la vue était éteinte de ce côté, quand la malade sortit de l'hôpital, le 8 avril 1834.

Le 9 mai suivant, cette femme revint à l'hôpital. La maladie avait continué à faire des progrès : la paupière de l'œil droit ne se relevait plus qu'avec peine; la pupille de ce côté était dilatée autant que celle du côté opposé, mais elle était encore légèrement mobile. La vue était tellement affaiblie, que la malade reconnaissait avec peine les objets que l'on soumettait à sa vue; lorsqu'on faisait cette expérience, elle inclinait la tête en différents sens, jusqu'à ce qu'elle eût trouvé le point où elle pouvait percevoir sur la rétine l'impression des objets qu'on lui présentait. Les facultés intellectuelles semblaient s'obscurcir. Toutes les autres fonctions s'accomplissaient complètement, et la malade disait n'éprouver aucune apparence de douleur ni d'embarras dans la tête.

Le 21 mai, la vue était tout-à-fait perdue; les paupières, abaissées, ne pouvaient plus être relevées par la malade; les pupilles étaient très-dilatées, et tout-à-fait immobiles aux deux yeux. On revint de nouveau à l'application de moxas aux tempes. On remarqua bientôt que cette femme,

Lorsqu'on observe une paralysie avec distorsion de la face, avec perte de sentiment dans ses parties, on est fondé à soupçonner une maladie dans la tête, à cause de l'affection simultanée de la cinquième paire et de la portion dure de la

qui se levait toute la journée, ne jouissait plus complètement de ses facultés intellectuelles ; elles s'affaiblissaient de jour en jour.

Le 2 juin, nous commençâmes à lui administrer tous les jours du calomélas à haute dose, dans l'intention de provoquer la salivation. Elle devint agitée pendant la nuit, qu'elle passait à se promener dans la salle, allant sans cesse troubler méchamment les autres malades dans leur lit. Elle rendait toujours bien compte de son état, déclarait ne souffrir de nulle part ; elle n'éprouvait aucun mouvement fébrile. La salivation s'établit, et les selles devinrent très-rares. La malade manifestait un appétit excessif.

Le 12 juin, nous explorâmes l'état de la sensibilité dans toutes les parties du corps : la peau avait partout sa sensibilité normale ; la sensibilité de la muqueuse bucco-linguale était conservée. Elle distinguait très-bien les saveurs, et elle entendait distinctement et de loin les paroles qu'on lui adressait. Les yeux étaient tout-à-fait insensibles aux rayons lumineux ; le contact d'un stylet sur la conjonctive ne provoquait aucun mouvement dans l'œil gauche, mais l'œil droit y était sensible, et tendait à s'y dérober par la rotation brusque en haut. Le globe de l'œil gauche était tourné dans la rotation en dehors, et complètement immobile dans cette position; le globe de l'œil droit pouvait exécuter tous ses mouvements. L'intelligence continuait à décroître. La malade répondait distinctement aux questions qu'on lui adressait, mais elle les répétait souvent, et elle accompagnait toutes ses paroles d'un rire comme sardonique, dans lequel les commissures des lèvres étaient fortement élevées. Les matières fécales n'étaient plus rendues que tous les cinq à six jours, à l'aide de purgatifs. Tous les mouvements du corps et des membres étaient parfaitement libres ; il ne s'était jamais manifesté de céphalalgie. L'appétit était insatiable ; les facultés intellectuelles s'étaient successivement éteintes. La malade, levée, restait toute la journée sans remuer, rendant ses urines sous elle, et ne répondant aux questions qu'on lui adressait que par un rire stupide ou par des cris gutturaux inarticulés. L'excrétion des matières fécales devenait de jour en jour plus difficile : on ne la provoquait, tous les huit ou dix jours, que par l'administration du tartre stibié. Dans les derniers jours d'août ; les jambes ne pouvaient plus la soutenir, quoiqu'elles conservaient encore leur sensibilité. Bientôt la déglutition devint difficile, et la malade ne put avaler qu'avec difficulté des liquides qui tombaient dans le pharynx comme dans un vase inerte, et provoquaient fréquemment des secousses de toux avec menace de suffocation, qui indiquaient qu'il passait une portion des liquides dans le larynx.

septième. Mais lorsqu'il y a paralysie sans diminution de sentiment, la maladie dépend d'une affection de la portion dure seule, et peut être toujours sans danger. Il ne faut pas cependant traiter légèrement ces maladies; il faut en re-

Le 4 septembre, cette femme était couchée en supination, paraissant étrangère à tout ce qui se passait autour d'elle, et poussant de temps en temps des cris gutturaux très-perçants et très-prolongés, ou versant abondamment des larmes. La sensibilité générale était conservée sur tout le corps; elle paraissait même augmentée, surtout aux membres, à en juger par les cris et l'agitation que l'on provoquait en pinçant la malade. La peau de la face, celle des paupières et les conjonctives, étaient sensibles au toucher avec un stylet aigu. Les deux paupières supérieures voilaient complètement les yeux; les pupilles étaient très-dilatées et entièrement immobiles; la vue était tout-à-fait éteinte. Les humeurs des yeux avaient conservé toute leur transparence et leur aspect normal. Les globes des deux yeux étaient portés en dehors, vers la commissure externe des paupières. La bouche était constamment entrouverte; la langue et le palais étaient desséchés, et enduits d'une couche muqueuse jaunâtre; la déglutition était difficile. Les évacuations alvines ne se faisaient plus depuis dix jours, quoiqu'on eût administré du tartre stibié et de l'huile de croton-tiglium. La malade ne pouvait avaler, avec beaucoup de peine, qu'une très-petite quantité d'aliments liquides. Lorsqu'on élevait ses bras, elle les laissait pendant des heures étendus dans la position où on les plaçait; elle les laissait ensuite retomber de leur propre poids, et souvent elle les remettait encore dans la même position où on les avait placés. Elle ne répondait à aucune des questions qu'on lui adressait, mais on voyait qu'elle entendait, parce qu'on provoquait ses pleurs ou ses cris en lui parlant. Le pouls, qui n'avait jamais été altéré dans cette maladie, s'affaiblissait; il était fréquent depuis quelques jours; la peau était aussi devenue plus chaude que dans l'etat sain. Le 24 septembre, la respiration devint accélérée et difficile, et le 25 la malade périt.

Ouverture du cadavre, pratiquée seize heures après la mort.—Le cadavre avait un embonpoint excessif. L'arachnoïde de la convexité du cerveau présentait une injection très-prononcée de tous les vaisseaux artériels et veineux; la pie-mère était aussi fort injectée. Les sillons des anfractuosités cérébrales étaient indiqués sur l'arachnoïde par des lignes blanchâtres laiteuses; l'arachnoïde, réfléchie sur la faux du cerveau, présentait une vive injection vasculaire. — L'extrémité antérieure et inférieure du lobe moyen gauche du cerveau (la tête du lobe moyen), revêtue de l'arachnoïde, était entièrement adhérente à toute la surface de la fosse moyenne gauche de la base du crâne. Cette adhérence était formée par du tissu cellulaire très-serré. L'arachnoïde du cerveau, en ce point, était blanche, très-épaissie, et formait avec la pie-mère adjacente, aussi épaissie,

chercher avec soin les causes; car s'il y a quelque raison de soupçonner que la maladie dépende d'une affection de l'os temporal, on a à craindre que l'inflammation ne se propage à l'intérieur, à la dure-mère et au cerveau. Une autre forme

une couche membraneuse très-épaisse et très-dense. Cette couche, fort injectée, adhérait et se continuait avec le tissu de la surface inférieure du lobe moyen, qui présentait l'état suivant : une couche de tissu jaunâtre, de cinq à six lignes d'épaisseur, très-dur, élastique, criant sous le scalpel, s'était formée aux dépens et à la place de la substance corticale du sommet du lobe moyen gauche ; cette couche se continuait en arrière, sur l'origine du pédoncule cérébral gauche ; elle adhérait inférieurement à la couche membraneuse décrite, et supérieurement elle se continuait avec le tissu cérébral de la couche optique et du lobe moyen injecté et ramolli. Au sommet du lobe moyen droit, au lieu correspondant, se trouvait la même altération, sauf que la tête du lobe moyen n'avait, de ce côté, contracté aucune adhérence avec la base du crâne, et que l'arachnoïde et la pie-mère n'avaient point participé à la maladie cérébrale. Les couches optiques vues dans les ventricules latéraux, ne semblaient pas malades ; mais, à une ligne de la surface des ventricules, leur tissu s'injectait, se ramollissait, et semblait malaxé avec une multitude de points rouges ; il était parcouru par un nombre infini de capillaires rouges ; on ne reconnaissait plus de disposition fibreuse dans ce tissu malade. Cette altération du tissu cérébral des deux couches optiques se prolongeait à l'origine des deux pédoncules cérébraux, surtout à gauche ; l'altération comprenait la moitié de l'épaisseur de la commissure des pédoncules cérébraux ; inférieurement, ce tissu malade, dans lequel on ne distinguait plus d'une manière nette la structure fibreuse du cerveau, se confondait avec le noyau induré de la tête des deux lobes moyens. Ce noyau induré recevait beaucoup de vaisseaux, et ne se séparait pas brusquement du tissu pulpeux malade. L'injection du tissu cérébral s'étendait en s'atténuant très-loin autour des parties malades ; elle se prolongeait surtout à gauche, dans les nerfs optiques jusqu'à leur chiasma ; cette injection était très-prononcée, et même existait avec un certain ramollissement du nerf optique gauche. Tout le tissu du cerveau et du cervelet était dense et sablé. La substance grise, principalement dans les lobes moyens et antérieurs des hémisphères, était très-rosée ; la substance blanche avait sa blancheur normale. Les ventricules, les plexus-choroïdes, les artères et les veines encéphaliques, ne présentent aucune trace de maladie. Les nerfs de la troisième et de la quatrième paires, examinés dans les orbites depuis leur entrée jusqu'à leur terminaison, étaient sains.

Cette maladie a présenté cette première particularité, que l'affection cérébrale s'est développée progressivement, en huit à neuf mois, sans

de maladie demande aussi une observation attentive, c'est lorsque la maladie s'accompagne de surdité; on est alors fondé à croire que les deux portions des nerfs de la septième paire sont affectées, et l'on peut par conséquent soupçonner l'existence d'une cause interne. Un cas bien intéressant de cette nature s'est présenté dernièrement à l'infirmerie d'Edimbourg à l'observation du docteur Gregory. Le malade avait reçu deux ans avant sa mort un coup de pierre sur l'oreille droite, un écoulement de pus par le canal auditif

déterminer de douleurs de tête, ni de fièvre, ni de mouvements convulsifs, ni même, d'abord, de trouble dans les facultés intellectuelles.

Le premier symptôme a été la paralysie de la paupière supérieure gauche, et plus tard, la paralysie des mouvements de l'œil gauche. Le nerf oculo-moteur commun gauche a été atteint par la maladie, à son origine ou dans son trajet.

L'iris a été paralysée à gauche avant que la vue fût perdue, comme le montraient sa dilatation et son immobilité. Il faut se rappeler que le nerf oculo-moteur commun envoie un filet au ganglion ophthalmique, lequel envoie les nerfs à l'iris. Serait-ce par l'intermédiaire de ce filet cérébral, que la pupille pourrait se mouvoir?

La maladie ayant affecté du côté droit les parties congénères, les mêmes accidents y sont arrivés de la même manière.

Les yeux ont fini par rester portés en dehors; les nerfs oculo-moteurs externes, qui naissent à l'origine du bulbe rachidien et de la protubérance, étaient exempts de lésion. Les muscles adducteurs n'étant point paralysés, n'avaient plus d'antagonistes.

La paralysie du nerf oculo-moteur commun gauche se comprendra par la lésion inflammatoire qui avait déterminé l'adhérence de la tête du lobe moyen à la fosse sphénoïdale; mais cette explication, qui peut être admise pour l'origine du mal à gauche, ne peut être admise à droite. Elle n'est pas nécessaire quand on considère que l'origine même de ces nerfs a été affectée. On peut, en suivant les progrès du mal externe, déterminer la marche successive de la maladie : le nerf oculo-moteur commun gauche, à son origine et dans son trajet; ensuite le nerf optique gauche; tandis que, par la commissure des pédoncules cérébraux, la maladie gagnait l'origine de l'oculaire commun droit; par l'envahissement des couches optiques, et enfin par l'extension de la phlegmasie dans le cerveau, on comprend les derniers accidents morbides.

Ce fait prouve que le siége circonscrit d'une lésion cérébrale peut quelquefois se manifester par des lésions aussi circonscrites à certains nerfs.

A. N. G., *trad.*

en fut la suite et dura six mois, l'ouïe se perdit graduellement de ce côté, et vers le même temps le côté droit de la face devint paralytique sans aucune diminution dans la sensibilité. L'action des muscles masséter et temporal s'affaiblit considérablement. Le malade mourut phthisique en avril 1829, sans qu'il survînt aucun changement dans sa maladie. La portion pierreuse de l'os temporal fut trouvée détruite dans une étendue considérable; on trouva au lieu qu'elle occupe une grande excavation qui contenait une matière fétide, et des portions d'os malade. On suivit la septième paire de sa naissance jusqu'au bord de cette excavation, où elle se terminait : la portion dure se trouvait en dehors aussi jusqu'au bord de la partie malade de l'os; la partie intermédiaire des nerfs était détruite, les portions du nerf qui restaient étaient entièrement saines, le cerveau et la dure-mère étaient sains. Quelque temps avant sa mort, ce malade avait beaucoup souffert de dyspnée, pendant la violence de laquelle les ailes de la narine gauche étaient violemment et continuellement agitées, tandis que celles de la droite étaient dans un repos complet. Si cet homme n'avait pas succombé par la maladie des poumons, l'affection de l'os temporal se serait probablement terminée dans un temps peu éloigné, d'une manière funeste, par l'inflammation de la dure-mère.

Je dois au docteur Christison une observation très-importante, sur un cas qui s'est présenté à lui au commencement de l'année 1829, à l'infirmerie d'Édimbourg. Le malade, qui était un homme de trente ans, avait été pris dans le commencement de 1825, d'une douleur aiguë, qu'il rapportait à un point circonscrit de la tempe gauche : une semaine après, il perdit la parole et tomba dans le coma; il en sortit ayant perdu la mémoire des personnes, mais il la recouvra graduellement, et se rétablit en moins de deux mois. A la fin de 1827, il fut encore pris de dou-

leur à la tempe avec surdité de l'oreille gauche et strabisme de l'œil du même côté. La surdité persista, mais la douleur et le strabisme cessèrent après trois ou quatre mois, mais pour deux ou trois mois seulement : ces accidents revinrent alors, et s'accompagnèrent d'impossibilité de fermer les paupières de l'œil gauche et d'une grande instabilité dans la marche. Bientôt une douleur et une contraction survinrent dans les muscles du dos et de l'épaule droite, et ces accidents furent suivis de rétention d'urine et de paraplégie complète. Le malade avait alors toutes les parties qui reçoivent leurs nerfs de la portion dure de la septième paire du côté gauche, paralysées avec surdité de l'oreille gauche. L'œil gauche était dévié en dedans vers le nez. La mâchoire était agitée par de fréquents tiraillements spasmodiques, qui se dirigeaient du côté droit. Cet homme mourut dans le coma en février 1829. On reconnut à la dissection, immédiatement derrière la fosse temporale gauche, un épaississement de la dure mère avec adhérence à l'arachnoïde dans l'étendue d'une demi-couronne. Une semblable adhérence avec un épaississement considérable de la dure-mère, existait entre le rocher et le côté gauche de la tente, qui était très-épaissie, et présentait à sa surface inférieure plusieurs élévations tuberculeuses. Le lieu où l'épaississement de la dure-mère était le plus considérable, était le point où elle fournit passage à la septième paire, et le nerf de la sixième paire était aussi compris dans la maladie. La portion molle de la septième paire était, à quelques lignes de son entrée dans le méat, d'une couleur grise-rougeâtre et d'une consistance presque gélatineuse. La portion dure paraissait plus petite que dans l'état normal. Il existait, dans la substance de l'hémisphère droit, presque à la surface du ventricule droit, un tubercule du volume d'une fève de haricot, et il se trouvait un petit kyste dans le corps strié droit. Dans la corne

postérieure du ventricule droit, on remarquait une trace comme d'oblitération par adhérence d'une portion de cette cavité; cette adhérence circonscrivait une très-petite cavité, du volume d'une semence de citron environ, laquelle communiquait avec le ventricule par une très-petite ouverture, et présentait à chacune de ses extrémités une ligne jaunâtre ou un raphé, qui ressemblait à une cicatrice. On ne reconnut aucune apparence de maladie dans les parties qui occupent le canal rachidien.

Ce fait est d'un grand intérêt, eu égard au point de doctrine pour lequel nous l'avons rapporté. Considéré en lui-même, c'est un exemple important d'inflammation chronique de la dure-mère, affectant trois portions distinctes de cette membrane, et réunissant trois ordres différents de symptômes. La douleur vive et long-temps prolongée de la tempe gauche, qui a été le phénomène dominant aux différentes périodes de la maladie, paraît avoir été liée à l'inflammation circonscrite de la membrane en ce point. Le dérangement remarquable des fonctions du nerf de la septième paire se rapporte distinctement à l'état de maladie de la même membrane, au lieu où elle livre passage à ce nerf. La déviation de l'œil en dedans, par la paralysie du muscle abducteur s'explique par ce fait, que la sixième paire participait à la maladie. On n'a point reconnu la cause de la paraplégie, à moins qu'elle ne dépendît de l'affection de la tente; car on n'a reconnu à l'examen le plus attentif aucune lésion morbide dans la moelle épinière et ses membranes. J'ai déjà insisté sur tout ce qu'il y a encore d'incertain dans l'histoire de la paraplégie, et l'obscurité qui enveloppe encore ces cas, dans lesquels on a attribué la paraplégie à une affection cérébrale, sans avoir examiné l'état de la moelle épinière. L'observation recueillie par le docteur Christison est de la plus grande importance pour l'objet de nos recherches.

Les fonctions des nerfs de la cinquième paire paraissent être de donner la sensibilité à toutes les parties situées à la face, et le mouvement aux muscles de la mâchoire. De là les différences des phénomènes, qui résultent des affections de ces nerfs ou de leurs branches principales. Ainsi, les organes des sens perdent la sensiblité commune, sans que leur sensibilité propre, qu'ils doivent à leurs propres nerfs, soit altérée. Une jeune fille, citée par M. Bell, perdit entièrement la sensibilité dans le globe de l'œil, sans éprouver aucun affaiblissement de la vision. Dans plusieurs cas, la pituitaire est devenue insensible aux stimulants communs, tandis que l'odorat n'était que faiblement diminué. Il arrive également qu'une partie limitée perd sa sensibilité par suite d'une maladie ou d'une blessure d'une branche particulière de la cinquième paire, comme cela est arrivé dans un cas remarquable, mentionné par M. Bell. Un monsieur, au moment où l'on venait de lui extraire, avec peu d'adresse, une dent molaire de la mâchoire inférieure, portant un verre à ses lèvres pour se laver la bouche, s'écria : «Vous m'avez donné un verre cassé ! » Il avait entièrement perdu la sensibilité de la moitié de la lèvre, par la destruction de la branche de la cinquième paire, qui passe le long de la mâchoire inférieure : cette affection resta permanente. Le mouvement des parties, dépendant de la portion dure de la septième paire, ne fut pas altéré [1].

Une circonstance remarquable s'observe dans les affections des nerfs de la cinquième paire : c'est une tendance au ramollissement et à l'inflammation, dans les parties qui ont perdu leur sensibilité. Cela se remarque particulièrement dans l'œil : un fait très-intéressant de ce genre s'est montré à mon ami le docteur Alison. Le malade avait perdu la

[1] Leçons de M. Bell, rapportées dans le tome 1er de la *Gazette médicale.*

sensibilité commune du côté gauche de la face, de la narine gauche, de la moitié gauche de la langue, avec insensibilité du globe de l'œil, et parfois écoulement sanguinolent de la narine gauche. Cet homme était sujet à des attaques de douleur, parfois accompagnées de fièvre; il rapportait particulièrement cette douleur aux parties frappées d'insensibilité. L'œil gauche devenait fréquemment le siége d'une vive inflammation avec obscurcissement de la cornée. Les moyens antiphlogistiques ordinaires amenèrent la guérison de cette ophthalmie. Au bout de deux mois une ligne se forma autour de la base de la cornée, qui se ramollit enfin, les matières contenues dans l'œil s'évacuèrent entièrement. Les muscles de la mâchoire du côté gauche étaient paralysés; ils étaient tout-à-fait flasques, lorsque le malade mâchait ou fermait la bouche, le mouvement des muscles de la joue n'était point lésé. Après la destruction de l'œil, les symptômes de paralysie restèrent stationnaires pendant au moins une année. Il survint alors un violent retour de céphalalgie avec fièvre, et la mort arriva dans le coma, au bout de quinze jours de maladie. On trouva à l'ouverture du cadavre, un ramollissement considérable d'une petite étendue des parties centrales du cerveau. Le cinquième nerf du côté gauche, suivi par derrière le ganglion, était près de cette partie, d'une texture très-dense, mais au-dessus il était très-ramolli, et à sa jonction avec la protubérance annulaire, il ne semblait conserver que son névrilème. Sur le sujet d'une autre observation du docteur Alison, il y avait perte de sensibilité du côté gauche de la face, qui fut suivie d'inflammation et de ramollissement des globes de l'œil; la sensibilité des parties se rétablit ensuite. Le malade, avant la manifestation de ces symptômes, était sujet à une céphalalgie intense et à des accès d'épilepsie : ces accidents n'en continuèrent pas moins. La perte de la sensibilité dura environ six mois.

Dans un cas rapporté par M. Stanley [1], les symptômes présentèrent une combinaison remarquable. Il y avait hémiplégie du côté gauche, sans perte de sensibilité dans le bras et dans la jambe. Mais dans le côté gauche de la face, la sensibilité et le mouvement étaient en même temps perdus d'une manière complète. Dans la moitié gauche de la langue, la sensibilité était perdue, mais le mouvement était conservé. La membrane muqueuse de la narine droite était d'une couleur rouge foncée, et il s'en écoulait souvent du sang. La conjonctive de l'œil gauche devint le siége d'une vive injection, qui fut suivie d'opacité et d'ulcération de la cornée, et enfin d'une désorganisation de l'œil. La surdité devint complète de l'oreille gauche. Il survenait de fréquentes attaques d'érysipèles, qui restaient entièrement confinés aux parties paralysées de la face. Le malade était depuis long-temps tourmenté par la céphalalgie; il périt enfin deux mois après l'invasion des accidents de paralysie. On trouva dans le côté gauche de la protubérance annulaire une tumeur, par laquelle la cinquième et la septième paires de nerfs étaient comprimées à leur origine contre la base du crâne. Cette tumeur avait le volume d'une noix; elle était d'une grande consistance, d'une couleur brune, et s'étendait dans le pédoncule gauche du cervelet.

On peut rapporter avec probabilité aux affections nerveuses, certains désordres violents et obscurs du système nerveux, survenant, les uns par une cause externe légère, et les autres sans aucune cause occasionelle. Une jeune demoiselle, citée par M. Verpinet [2], reçut une légère blessure avec la pointe d'une épée à la partie inférieure et externe de l'avant-bras; la guérison fut très-rapide, mais une très-

[1] *Gazette Médicale*, vol. I.
[2] *Journ. de Méd.* vol. X.

violente douleur persista dans l'avant-bras, le poignet et la main; elle était accompagnée de mouvements convulsifs du bras, et de la perte du mouvement volontaire du poignet et des doigts. Cette affection résista pendant deux mois à tous les modes de traitement, et disparut très-rapidement par l'application du cautère actuel sur la cicatrice de la blessure. Une légère blessure de ce genre, sur une dame, citée par M. Swan [1], fut suivie d'engourdissement, de douleur, de mouvements convulsifs du bras et de spasmes, qui affectèrent quelquefois aussi l'autre bras, et même tout le corps. Ces accidents semblèrent s'user graduellement d'eux-mêmes; cependant la malade n'était pas entièrement quitte d'accidents au bout de sept ans. M. Wardrop a rapporté une observation sur une affection très-violente de cette espèce, qui fut guérie au bout de douze mois par l'amputation du doigt [2]. Dans un cas semblable, qui se manifesta après une blessure, et que Larrey a rapporté, une portion du nerf fut enlevée sans succès complet, mais néanmoins avec une diminution considérable de l'intensité de la maladie. Sir Everard Home a recueilli le fait extraordinaire d'un monsieur qui se donna une violente entorse du pouce, sur lequel porta tout le poids de son corps, en se retenant pour éviter d'être renversé par un mouvement subit de son cheval. Il devint sujet à des paroxysmes, dans lesquels le pouce était d'abord ramené vers la paume de la main; il se manifestait ensuite des spasmes dans les muscles du bras, puis le malade perdait connaissance pendant un quart-d'heure environ. Cet accès se renouvelait souvent dans le bras; mais il fut reconnu que la compression, exercée au moyen d'un tourniquet, prévenait la perte de connaissance. On divisa le nerf sans en retirer aucun avantage; le tourniquet cessa d'agir efficacement, le malade périt subitement

[1] Swan, *on local affections of nerves.*
[2] *Méd. chir. trans.* vol. VIII.

au bout de trois mois; on ne pratiqua pas l'ouverture de son cadavre.

M. Jeffries a décrit, dans le *Medical and Physical journal*, un cas remarquable d'une violente névralgie de la face, qui fut guérie par l'extraction d'un petit fragment de porcelaine, qui s'était logé dans l'épaisseur des parties depuis quatorze ans. M. Descot a parlé d'un fait, dans lequel une violente affection névralgique, qui durait depuis dix ans, disparut par l'extraction d'une dent cariée. Une jeune fille, citée par M. Pearson, fut prise, sans aucune cause, d'une douleur dans le pouce, accompagnée d'une sensibilité morbide de cette partie. Cette maladie s'étendit graduellement le long du bras, s'accompagna de la perte presque complète du pouvoir musculaire de l'extrémité, avec sensibilité morbide des téguments et forte contracture des doigts, au point que leur extrémité se trouvait serrée contre la paume de la main. Ces doigts n'étaient plus soumis à l'empire de la volonté, et tout effort pour les étendre s'accompagnait d'une douleur insupportable. L'articulation du coude était aussi dans l'état de flexion forcée, et le mouvement volontaire était presque perdu dans toute l'extrémité; le membre avait beaucoup diminué de volume, tandis qu'il était le siége d'une inexprimable sensibilité. Au bout de quelque temps, l'autre bras s'affecta, mais légèrement, de la même manière, et les deux extrémités inférieures étaient en même temps douloureuses et très-faibles. Il y avait environ une année que cette maladie persistait, lorsqu'elle commença à s'améliorer par l'usage d'un liniment, composé d'huile d'olives, d'essence de térébenthine et d'acide sulfurique. Ce liniment détermina une inflammation érysipélateuse des plus intenses, qui, après avoir pris naissance sur le bras affecté, s'étendit ensuite sur tout le corps [1].

[1] *Med. chirurg. trans.* vol. VIII.

On a encore bien peu fait sur ce sujet curieux et intéressant; mais il promet certainement les plus importants résultats, lorsqu'il sera plus approfondi. On est fondé à penser que les nerfs eux-mêmes, et la membrane qui les revêt, sont sujets à des affections qui peuvent être la source de plusieurs maladies obscures. Il y a environ dix-huit ans, que j'ai vu une jeune fille, alors âgée de dix-huit mois, et qui avait joui jusqu'alors d'une santé excellente : on l'avait laissée pendant quelque temps assise sur l'herbe humide; elle fut immédiatement prise de fièvre, accompagnée d'un tel accablement, qu'on craignit que le cerveau ne fût affecté. Ces symptômes disparurent néanmoins en peu de jours; à peine avaient-ils cessé, que l'on remarqua qu'elle était entièrement paralysée de l'extrémité inférieure droite. Depuis ce temps, elle a joui d'une bonne santé qui ne s'est pas interrompue; elle est maintenant une jeune femme, grande et forte, mais qui conserve toujours l'extrémité inférieure droite tout à-fait paralysée : ce membre est aussi beaucoup plus petit que celui du côté opposé, il est plus court de plusieurs pouces. Toutes les articulations sont lâches d'une manière remarquable, et les muscles sont flasques. Cette femme n'a du reste aucune apparence d'autre maladie, ni de lésion spinale. Il y a quelque temps que j'ai été consulté par un jeune homme de quatorze ans, qui avait perdu la force musculaire de la partie inférieure des deux bras, avec une diminution très-remarquable de la substance des principaux muscles. Le deltoïde et le biceps étaient tellement atrophiés qu'ils ne semblaient plus être que des membranes. La même atrophie s'étendait aux muscles sus-scapulaires, mais à un moindre degré; quant aux muscles de l'avant-bras, ils avaient leur volume et une grande vigueur; on ne put trouver aucune trace de maladie vers le rachis; et, sous d'autres rapports, le malade était dans un état de

santé parfaite. Cette maladie est survenue graduellement, et n'a pu être attribuée à aucune cause [1].

Il me semble impossible d'expliquer de semblables faits autrement que par une affection locale des nerfs, affections qui sont encore enveloppées d'une grande obscurité. Il est différentes autres maladies qui ne peuvent se rapporter qu'à l'espèce de celles qui nous occupent. Ces maladies présentent des phénomènes très-singuliers, quoique les faits qu'on en a recueillis n'aient pas encore été rapprochés les uns des

[1] Ces paralysies locales, qui ne peuvent guère s'expliquer que par une maladie des nerfs qui se distribuent aux muscles affectés, encore inconnue dans sa nature, entraînent souvent en pratique dans des erreurs bien grossières, quand on n'examine pas les malades avec une grande attention. Il y a six ans environ qu'un me présenta un jeune homme de treize ans qui se trouvait dans un pensionnat à Paris; il portait à la région dorsale supérieure droite, au lieu correspondant au bord postérieur du scapulum, une tumeur considérable évidemment formée par le bord de cet os fortement porté en arrière. Cette tumeur s'était formée sans cause connue en quelques jours. Le jeune malade avait été présenté par son père à deux médecins : l'un avait pensé que la colonne dorsale était cariée à sa partie latérale, et qu'une tumeur, effet de cette carie, située sous l'omoplate, soulevait cet os et déterminait sa saillie. L'autre pensait que c'était à une courbure anormale des côtes, et probablement à un commencement de distorsion de l'épine dorsale, que la tumeur était due; ce médecin agissant d'après cette idée, conseillait de recourir à l'usage d'un lit à extension. A l'examen de ce jeune homme, je reconnus qu'en portant l'épaule en haut et en arrière, je ramenais le scapulum à sa place; que la main portée sous l'os, autant que possible, ne faisait rencontrer aucune tumeur ni saillie des côtes; que la poitrine n'était nullement déformée en avant; que la maladie était survenue rapidement; que la colonne épinière, partout où elle est accessible au toucher, n'offrait aucune altération appréciable; je ne vis dans cette maladie qu'une paralysie du muscle grand dentelé, paralysie confirmée par l'impossibilité où était ce jeune homme d'exécuter les mouvements d'élévation et d'abduction du moignon de l'épaule, et par la facilité avec laquelle il faisait lui-même disparaître la tumeur en portant les deux épaules en arrière pour rapprocher de la colonne épinière les bords postérieurs des omoplates. J'ai su depuis qu'un praticien habile, M. le docteur Hervez de Chégoin, auquel ce malade fut présenté, avait partagé mon opinion. Cette paralysie disparut graduellement en six semaines, par l'application successive de vésicatoires volants autour de l'épaule et sur le dos. A. N. G., *trad.*

autres. J'ai été consulté il y a peu de temps pour une maladie singulière de cette espèce; cette maladie survenait par paroxysmes et affectait de la même manière deux personnes de la même famille, une jeune dame de vingt-cinq ans et un jeune homme de vingt-deux. La jeune dame décrivait son attaque de la manière suivante : elle était d'abord affectée de cécité de l'œil droit, qui se manifestait graduellement comme si un nuage passait lentement devant son œil; un quart-d'heure environ après, elle sentait un engourdissement du petit doigt de la main droite qui commençait à sa pointe et s'étendait par degrés à toute la main et au bras, dont la sensibilité se perdait complètement sans que le mouvement fût en aucune manière affaibli. La sensation d'engourdissement s'étendait alors à tout le côté droit de la tête, et semblait ensuite s'étendre en bas vers l'estomac. Lorsque la maladie arrivait au côté de la tête, la malade tombait dans l'accablement, et ses facultés devenaient confuses jusqu'à un certain point; et lorsque le mal arrivait à l'estomac, il en résultait quelquefois des vomissements. La sensation d'engourdissement commençait alors à se calmer, et lorsqu'elle diminuait, la malade était prise d'une violente céphalalgie qui durait pendant plusieurs heures, et qui la laissait faible et languissante pendant un jour ou deux. Les progrès de la sensation d'engourdissement depuis le petit doigt jusqu'à l'estomac occupaient quelquefois plusieurs heures; la durée commune de tout le paroxysme était d'environ vingt-quatre heures. L'intervalle de ces attaques variait de plusieurs jours à plusieurs mois. Cette jeune personne était sujette à ces accès depuis plusieurs années, mais dans leurs intervalles elle jouissait d'une parfaite santé. Son frère, qui avait vingt-deux ans, était affecté exactement de la même manière et aussi sujet à ces paroxysmes depuis plusieurs années. Il est employé chez un banquier, et il jouit d'une très-bonne santé dans les intervalles de ces attaques.

Lorsqu'il ressent les premiers accidents de son paroxysme, il se hâte de terminer les choses dont il s'occupe, il donne des instructions exactes à un autre employé sur l'état dans lequel il laisse les affaires qui lui sont confiées; il rentre ensuite chez lui, se met au lit et perd aussitôt la sensibilité. Le lendemain, il se retrouve dans son état de santé habituel et ne conserve qu'une langueur considérable.

Ces malades sont confiés aux soins du docteur Gibson de Montrose; ce praticien a eu recours avec un avantage apparent aux purgatifs, suivis de l'administration du sulfate de quinine combiné avec de petites quantités de rhubarbe. Un autre membre de cette famille, vigoureux jeune homme de vingt ans, a eu dernièrement plusieurs attaques d'une semblable affection, quoiqu'à un plus faible degré. D'après de nouveaux renseignements que m'a transmis le docteur Gibson, depuis que cette deuxième édition est sous presse, je suis informé que cette maladie a continué, mais que les attaques sont devenues moins fréquentes et moins violentes; et que, plusieurs fois, il les a rendues moins intenses et moins longues par l'administration des émétiques.

Les affections des nerfs internes sont un sujet d'une plus grande difficulté encore; les observations dont elles ont été l'objet sont maintenant loin d'être satisfaisantes. M. Lobstein pense [1] qu'il a constaté l'existence de l'inflammation du nerf grand sympathique; il rapporte à cette inflammation plusieurs maladies obscures, telles que les violentes affections hystériques, les affections sympathiques du cœur, la toux spasmodique, la colique des peintres, l'angine de poitrine, et plusieurs affections obscures de l'estomac et des intestins. Il explique de la même manière les résultats funestes de coups reçus sur l'estomac, et les symptômes graves vers la tête et vers les systèmes généraux, qui dépendent souvent

[1] *De nervi sympathetici usu et morbis.*

de la présence des vers et des autres dérangements du tube digestif. Chez une dame qui mourut de vomissements violents, avec douleur brûlante dans l'épine et vers l'hypochondre droit, il trouva le ganglion semi-lunaire dans un état d'inflammation intense, et présentant sa partie inférieure livide. Sur un petit garçon qui périt avec une grande oppression de poitrine et une tension à l'épigastre, après la répercussion d'une éruption miliaire, il trouva une inflammation profonde d'une partie du tronc du nerf intercostal gauche et des neuvième et dixième ganglions thoraciques.

Il ne faut recevoir ces opinions qu'avec une grande précaution; rien n'est plus incertain qu'une apparence morbide qui ne consiste qu'en un changement de couleur des parties, sans aucun des résultats immédiats ou des terminaisons de l'inflammation. Il faut mettre beaucoup de réserve pour admettre une opinion, lorsqu'on n'a pas des faits devant les yeux. Il paraît néanmoins extrêmement probable qu'il y a des maladies des nerfs profonds, qui peuvent être l'origine de phénomènes morbides importants. M. Descot a mis à découvert le nerf vague sur le cou d'un chien, et l'a meurtri avec des pinces. La blessure guérit très-bien, mais l'animal fut affecté de tremblements généraux, de respiration difficile et laborieuse, de vomissements, d'une grande débilité et d'amaigrissement. Les vomissements cessèrent, les autres symptômes diminuèrent, mais il n'avait pas repris l'état naturel de sa respiration lorsqu'il fut tué, au bout de trois semaines. Tous les organes internes étaient sains. Le nerf du côté gauche, sur lequel l'expérience avait été faite, semblait légèrement tuméfié, et était d'une couleur jaunâtre. La partie qui semblait le plus évidemment tuméfiée était fortement injectée, et adhérait aux parties voisines.

Note sur des affections des nerfs pneumogastriques et glosso-pharyngiens, par le traducteur.

J'ai constaté une fois l'existence de phénomènes que je me suis cru autorisé à rapporter à l'affection du nerf de la huitième paire. Un jeune homme fut atteint d'une parotide très-considérable, probablement déterminée par l'exposition subite du corps nu au froid, étant en sueur. Un foyer qui s'étendait dans toute la région parotidienne, dans le côté droit du cou jusqu'à la clavicule, fut le résultat de cette affection ; l'ouverture de cet apostème fut pratiquée par M. Dupuytren, et donna issue à une pinte de pus au moins. Le troisième et le quatrième jour, il sortit de ce foyer des lambeaux pseudo-membraneux considérables, après l'issue desquels on voyait distinctement l'artère carotide à nu sur toute la longueur de l'incision qui avait un pouce et demi environ, et qui correspondait exactement à l'artère ; de ce moment le malade fut pris d'une toux sèche, saccadée, quinteuse, sans aucune trace de maladie appréciable des organes pulmonaires. La dénudation de l'artère carotide qui traversait le foyer étant inséparable de la dénudation du nerf pneumo-gastrique, je crus qu'il fallait attribuer à l'inflammation de ce nerf la toux que j'observais, et dont l'état tout-à-fait sain des poumons ne rendait pas raison. Ce qui m'a confirmé encore davantage dans cette opinion, c'est que cette toux a cessé dès que le travail de la cicatrisation a été assez avancé pour que l'artère carotide pût cesser d'être visible, et par conséquent pour que le nerf pneumogastrique ait cessé d'être exposé au contact de l'air.

Les observations sur des lésions morbides limitées à certains nerfs sont le meilleur moyen de parvenir à déterminer les fonctions de ces nerfs, et d'établir un rapport rigoureux entre certaines lésions des organes et certains états morbides des nerfs. Malheureusement on ne possède encore que peu de faits propres à jeter quelques lumières sur ce point. Celui qui a été le sujet de l'observation suivante démontre clairement quels sont les rapports des nerfs gloso-pharyngiens avec les organes de la parole.

Observation sur une atrophie des muscles de la langue, du pharynx et du larynx du côté gauche, consécutive à l'atrophie du nerf glosso-pharyngien, suite d'une compression exercée sur lui par un kyste hydatique.

Obs. CLV (*ter*). Girard, âgé de 36 ans, tisserand, fut amené à l'Hôtel-Dieu dans mon service, le 31 décembre 1831. Cet homme se portait bien, lorsqu'à l'âge de 33 ans il tomba dans l'escalier de la cave dans laquelle il travaillait ; il tomba à la renverse, et la contusion porta sur la partie postérieure du col. Cette chute fut suivie de vives douleurs dans tout le col, et même à la partie postérieure de la tête ; il garda le lit pendant quatre mois,

et se soumit à plusieurs applications de sangsues, sous l'influence desquelles les douleurs disparurent ; il dit que pendant ces quatre mois, il éprouvait de la difficulté à parler, et qu'il n'avait aucune gêne dans les mouvements des membres. Les mouvements du col étaient seuls gênés et douloureux.

Après ces premiers accidents, il reprit son travail, et le continua pendant environ une année. Il remarquait qu'il éprouvait chaque jour quelques malaises, que le côté gauche du col était le siége d'une douleur lancinante, obscure, qui revenait par accès ; que cette douleur s'exaspérait par les mouvements de la tête. Presque tous les soirs il éprouvait aussi de la céphalalgie, les fonctions digestives s'accomplissaient bien. Cependant les douleurs qu'il avait au col augmentèrent, la voix devint rauque et plus faible, les évacuations alvines étaient de plus en plus rares et difficiles, il maigrissait ; les douleurs du col irradiaient souvent dans les membres, qui s'engourdissaient et devenaient le siége de fréquents fourmillements. Girard entra à l'Hôtel-Dieu, dans le service de M. Dupuytren ; on remarqua alors l'atrophie de la moitié gauche de la langue; il paraît que des essais furent faits sur le sens du goût, sur les deux moitiés de cet organe, et qu'on reconnut que ce sens était conservé du côté atrophié, des dérivatifs furent appliqués à la nuque, et cet homme sortit soulagé au bout de vingt-quatre jours.

Rentré à la fin de décembre, il fut placé dans mon service, où il resta jusqu'au 24 mars 1832. La langue était atrophiée dans sa moitié gauche, et réduite à l'épaisseur du repli de la membrane muqueuse. Le col était le siége d'une douleur gravative, continue, qui occupait toutes les parties postérieures, et s'étendait à l'occipital, le malade ne pouvait soulever la tête de dessus l'oreiller qu'avec ses deux mains; du reste, les mouvements étaient libres dans tous les membres, la sensibilité générale était conservée, la moitié de la langue atrophiée était sensible au toucher ; quant à l'état du sens du goût, les élèves de mon service firent des expériences, en appliquant diverses substances sur la langue, les résultats furent contradictoires, je n'y attribuai pas assez d'importance pour les constater.

La douleur constante de la partie postérieure du col, la roideur de cette partie et l'impossibilité de soulever la tête, jointe à l'atrophie de la langue, et à cette circonstance que la maladie s'était manifestée à la suite d'une chute sur la partie postérieure du col, me conduisirent à penser qu'il existait probablement chez cet homme une carie de l'atlas, ou de l'axis ; dans cette vue j'établis et maintins une suppuration profonde derrière le col, et je fis construire un appareil pour soutenir la tête, et empêcher les mouvements du col; cet appareil permit à cet homme de se tenir levé, il ne pouvait soutenir la tête lorsqu'il le quittait, et il éprouvait de vives douleurs dans le col. Sorti de l'Hôtel-Dieu le 4 mars 1832, il put se livrer à quelques travaux de son état pendant plusieurs semaines, mais les accidents reparurent avec une nouvelle intensité, il rentra à l'Hôtel-Dieu le 28 septembre 1832, y resta quelques semaines, en sortit de nouveau, et se fit enfin transporter, le 20 décembre 1832, dans le service

dont je venais d'être chargé à l'hôpital Cochin. Je le trouvai alors dans l'état suivant :

La face portait l'empreinte de la maigreur excessive du malade, mais ses traits n'étaient point déviés ; la vue, bien que le malade déclarât qu'elle avait diminué, était encore très-bonne ; les pupilles se contractaient régulièrement ; le malade se plaignait d'une douleur continue, gravative, à la région occipitale ; l'atrophie de la moitié gauche de la langue, avait s'il est possible, encore augmenté ; cet organe, dans sa moitié gauche, semblait ne plus consister qu'en un repli de sa membrane muqueuse, irrégulièrement plissée et tirée, comme par des fibres musculaires adjacentes, vers l'os hyoïde. La moitié droite de la langue conservait son état normal ; lorsque la langue était tirée hors de la bouche elle était portée et courbée à gauche.

Le col n'était le siége d'aucune tuméfaction, mais le malade y ressentait une douleur obtuse profonde, s'exaspérant fréquemment, et irradiant vers les membres thoraciques, et plus rarement vers le tronc. Cette douleur était continue ; elle était calme et sourde lorsque le malade s'abstenait de tout mouvement, elle devenait très-vive lorsqu'il remuait la tête sur la colonne cervicale ; aussi se tenait-il constamment couché sans mouvement sur le dos et sur un plan presque horizontal.

La respiration n'était pas sensiblement gênée, les inspirations étaient larges et régulières, la voix était rauque et presque éteinte, il y avait un peu de toux, l'expansion vésiculaire se percevait à l'auscultation dans les deux poumons.

La sensibilité générale était conservée, les mouvements des membres et du tronc étaient faciles ; cependant la force musculaire était moindre dans toute la moitié gauche du corps et dans les membres gauches. Le malade ne pouvait soutenir sa tête ; pour se mettre sur son séant, il la soutenait avec ses mains. La constipation était opiniâtre depuis huit jours ; l'excrétion urinaire ne se faisait que par regorgement.

L'amaigrissement était considérable ; la peau était sèche et sans chaleur anormale ; le pouls était dur et très-fréquent.

Le malade remarquait qu'il avait perdu presque complètement la mémoire, il se fatiguait très-facilement en répondant aux questions qu'on lui adressait.

Le 21 décembre, on constata par des expériences la sensibilité de la langue, et l'état du sens du goût.

La sensibilité du tact de la langue était conservée dans toute son étendue, la douleur produite par une piqûre d'aiguille, était sentie sur toute la surface de sa moitié atrophiée, comme sur celle de l'autre moitié. Le froid et le chaud produisaient aussi la même sensation sur chaque moitié de cet organe. Des substances sapides, de l'hydrochlorate de soude, de l'acide acétique, de l'extrait de coloquinte, furent appliqués successivement sur chaque moitié de la langue ; ils n'occasionèrent sur la moitié atrophiée qu'une impression de saveur fort obscure, qui ne se manifesta

que sept à huit minutes après leur application ; tandis que la sensation produite par l'application de ces corps se fit sentir vivement, au bout d'une minute à une minute et demie sur la moitié non-atrophiée.

On reconnaissait manifestement que tandis que la respiration intérieure s'accomplissait d'une manière normale, comme le démontrait le bruit d'expansion pulmonaire dans les deux poumons, les muscles intercostaux restant inactifs, le thorax était élevé d'une seule pièce par ses muscles élévateurs, et abaissé de même dans l'expiration.

La déglutition était difficile, le bol alimentaire s'arrêtait dans le pharynx, remontait souvent vers les fosses nasales postérieures, où il s'engageait quelquefois ; il tendait à s'engager dans larynx, et déterminait une toux violente.

Le 25, l'aphonie avait augmenté ; le malade se plaignait d'une courbature générale, il éprouvait une vive céphalalgie, les yeux étaient fatigués et appesantis ; les pupilles se mouvaient d'une manière normale ; la sensibilité et la myotilité continuaient dans les membres, dans lesquels le malade éprouvait par instants des fourmillements ; les selles et les urines survenaient sans que le malade en eût conscience, la mémoire était tellement affaiblie que le malade ne se rappelait même pas ce qu'il avait fait le matin même. La langue était pâteuse, il y avait de la soif, la déglutition des liquides était toujours difficile, et s'accompagnait fréquemment de toux.

Le malade était tombé vers les deux heures du soir, dans un état d'assoupissement profond, dans lequel il ne reconnaissait pas les personnes qui lui adressaient la parole. Cet état, dans lequel la respiration était haute et rallentie, a cessé le 26 vers 1 heure du matin.

Le 27 décembre, les lèvres étaient rouges, sèches et gercées ; la langue était rouge à sa pointe, le ventre était rétracté, et la pression épigastrique était douloureuse.

Le 28, toutes les membranes muqueuses buccales, les lèvres et les gencives, étaient gonflées, chaudes, rouges, parsemées d'aphthes très-nombreux et presque confluents.

Le 30, les lèvres étaient encore gonflées, la bouche était moins chaude, moins rouge, les selles et les urines étaient facilement excrétées sous l'influence de la volonté. La déglutition des liquides s'accompagnait toujours de toux prolongée, l'audition était facile, le malade se plaignait de ne voir les objets qu'à travers un nuage. Le pouls était régulier, peu fréquent.

Du 1er au 10 janvier 1833, l'état du malade resta stationnaire, les aphthes de la bouche disparurent, la déglutition devint de jour en jour plus difficile ; l'aphonie était presque complète ; on entendait pour la première fois, dans les deux poumons, un râle muqueux abondant, le malade avait aussi une expectoration muqueuse difficile ; le pouls devenait très-fréquent. Vers le soir, il se manifesta presque chaque jour des accès d'assoupissement comme léthargiques, dans lesquels le malade resta sans connaissance,

le pouls rallenti était à peine perceptible, la respiration très-superficielle et rare. Ces accès durèrent de une à deux heures. La constipation s'était rétablie.

11 janvier au soir, décubitus sur le dos, râle muqueux dans les grosses bronches, s'entendant à distance, pouls d'une excessive fréquence, petit, dépressible, pas de céphalalgie; pesanteur de tête excessive; la sensibilité et les mouvements persistaient, tant dans les membres supérieurs que dans les inférieurs; l'intelligence était conservée; les battements de cœur étaient profonds, sourds, très-précipités, à peine perceptibles; la respiration était mêlée de râle muqueux à grosses bulles; on percevait dans les deux poumons le bruit d'expansion vésiculaire. Mort le 12 janvier à 7 heures du matin.

Ouverture du cadavre, faite 26 heures après la mort.

Amaigrissement du corps très-considérable.

Le crâne fut scié circulairement; il présenta beaucoup d'épaisseur.

Les méninges n'offraient aucune trace de maladie.

Le cerveau était à l'état sain, sa substance n'était pas même sablée. Les quatre ventricules étaient très-dilatés et distendus par une abondante sérosité, incolore, diaphane sans aucun flocon. La substance du cervelet, celle de la protubérance annulaire et du bulbe rachidien, ne présentaient aucune trace d'altération. Les plexus-choroïdes n'offraient aucune lésion, pas même de petites vésicules hydatiques.

A la partie latérale gauche et postérieure du cervelet, sur l'origine du bulbe rachidien, se trouvait un kyste hydatique formé d'une poche blanchâtre, ouverte et flottante. Cinq à six hydatides étaient sorties de ce kyste, et se trouvaient libres dans la cavité de l'arachnoïde. Ces hydatides entouraient le bulbe rachidien à sa naissance, elles étaient du volume de noisettes pour les deux plus grosses, et du volume de gros pois pour les autres; la plus volumineuse de ces hydatides s'engageait dans l'orifice du calamus scriptorius, qui se trouvait ainsi oblitéré de dehors en dedans; le kyste ouvert contenait encore cinq à six hydatides semblables, mais plus petites, hors une, qui avait le volume d'une chataigne; ce kyste ne pénétrait point dans le rachis, quoiqu'il occupât le côté gauche de la région basilaire et du trou occipital; il s'étendait latéralement en avant, dans l'intervalle compris entre le bord antérieur et latéral du grand trou occipital et le sommet du rocher. Ce kyste s'étendait ensuite hors du crâne par deux ouvertures; d'abord par le trou condilien gauche antérieur et par le trou déchiré postérieur; la partie sortie par le trou condilien antérieur se contournait en arrière, et venait former une très-petite tumeur sous-jacente aux muscles postérieurs de la tête et du col; cette petite tumeur fluctuante était couverte d'une membrane fibreuse dense; elle était placée derrière le nerf grand hypoglosse à sa sortie du crâne. Ce nerf conservait son état naturel, quoiqu'il fût sensiblement moins volumineux que celui du côté opposé, après la réunion de ses filets d'origine, qui se faisait à sa sortie du trou condilien; la portion du

kyste sortie par le trou déchiré postérieur gauche, faisait saillie derrière l'apophyse mastoïde, sous forme d'une tumeur demi-ellipsoïdique d'un pouce et demi dans son grand diamètre, sur un pouce dans son diamètre transversal. Sa direction était oblique d'arrière en avant et de haut en bas. Elle était recouverte par l'insertion du splenius, du sterno-mastoïdien, et par toute l'étendue du ventre postérieur du digastrique dont elle suivait la direction. Cette tumeur était revêtue d'une membrane dense, blanchâtre, fibreuse, qui semblait être le prolongement du périoste de l'apophyse mastoïde. Elle contenait l'extrémité antérieure du kyste hydatique, laquelle était libre d'adhérence, friable, blanchâtre, et contenant plusieurs hydatides libres d'adhérence. Cette tumeur était logée en partie dans l'épaisseur de l'apophyse mastoïde; elle appuyait sur la rainure digastrique.

L'apophyse styloïde était placée en avant de cette tumeur, en sorte que le nerf facial n'était pas gêné dans son trajet.

Dans son trajet au travers du trou déchiré postérieur, le kyste fibreux contenait une grande quantité de débris hydatiques ; il avait repoussé en avant les nerfs qui sortent par cette ouverture. Ces nerfs ne présentaient aucune dépression notable.

Examinés dans tout leur trajet, et comparativement à ceux du côté opposé, les nerfs de cette région, et ceux qui sortent par le trou condilien étaient dans l'état suivant :

Le nerf spinal était à l'état normal.

Le trou du pneumo-gastrique et ses branches étaient grêles et fines, particulièrement le rameau pharyngien et le rameau laryngé supérieur et ses divisions.

Le nerf glosso-pharyngien était extrêmement fin, grêle; il était de moitié plus fin que celui du côté opposé, qui l'était lui-même plus que dans l'état ordinaire. Ce nerf glosso-pharyngien semblait réduit à un cordon névrilémateux très-ténu.

Le nerf maxillaire inférieur était à l'état normal dans toutes ses divisions.

Le nerf grand hypoglosse avait un volume moindre que celui du côté opposé, mais la différence était peu considérable ; ce nerf avait sa structure normale.

Les muscles genio-glosse, hyoglosse, styloglosse, stylopharyngien, ptérigopalatin, glossostaphylin, ainsi que les crico-aryténoïdiens postérieur et latéral, le tyro-aryténoïden et les constricteurs du pharynx du côté gauche, étaient atrophiés, leur tissu était blanchâtre, comme composé de tissu celluleux jaunâtre épaissi ; leur volume était à peine le tiers du volume normal. Les artères qui se rendent dans leur épaisseur étaient petites, dures, blanchâtres, comme oblitérées. Le lingual était peu atrophié du côté gauche; la membrane muqueuse linguale et buccale était dans le même état des deux côtés.

Les nerfs pneumo-gastriques, tant dans leurs branches pulmonaires que dans celles qu'ils fournissent à l'estomac, étaient sains, cependant ils étaient d'un petit volume, de quelque côté qu'ils tirassent leur origine.

La membrane muqueuse bucco-pharyngienne était des deux côtés violâtre et couverte de petits aphthes ulcérés.

L'œsophage était pafaitement sain, et vide de tout corps.

Le pharynx était à l'état normal, sauf que les cavités ventriculaires étaient profondes, surtout à gauche. Une substance pultacée homogène, que l'on a reconnue être de la bouillie que le malade avait mangée quelques instants avant d'expirer, tapissait toute l'étendue du larynx, toute celle de la trachée-artère, et remplissait les grosses bronches. La membrane muqueuse était pâle et exempte d'altération dans le larynx, et dans la trachée-artère ; elle était rouge dans les grosses bronches.

Le cœur était à l'état normal, son ventricule gauche et l'aorte contenaient une concrétion fibrineuse jaune.

Les poumons contenaient de l'air ; à leur sommet se trouvaient quelques tubercules crus.

Le tube digestif ne présentait aucune altération ; seulement l'estomac et les intestins étaient revenus sur eux-mêmes, au point que le diamètre de leur cavité était de moins de la moitié de l'état normal.

La vessie contenait une grande quantité d'urine.

Un kyste hydatique du volume d'un œuf de dinde, contenant deux grosses hydatides, existait à la face inférieure du lobe moyen du foie.

Il n'existait aucune trace de lésion dans la moelle épinière, dans ses annexes ni dans le canal osseux qui la contient.

Je n'ajouterai à cette observation aucune réflexion : il suffit de la lire avec attention pour en déduire les conséquences ; je dois dire que tous les détails ont été recueillis avec la plus grande exactitude par moi-même ou sous ma dictée. Je devais faire cette remarque, parce que ce fait, observé dans mes salles, a été publié dans les journaux de médecine avec des circonstances qui ne sont pas exactes. A. N. G., *trad.*

FIN.

TABLE DES MATIÈRES

CONTENUES DANS CET OUVRAGE.

APPENDICE DE LA PREMIÈRE PARTIE.

DEUXIÈME PARTIE.

APPENDICE DE LA DEUXIÈME PARTIE.

TROISIÈME PARTIE.

APPENDICE DE LA TROISIÈME PARTIE.

QUATRIÈME PARTIE.

APPENDICE DE LA QUATRIÈME PARTIE.

FIN DE LA TABLE DES MATIÈRES.

R.B. 22.9.1978

